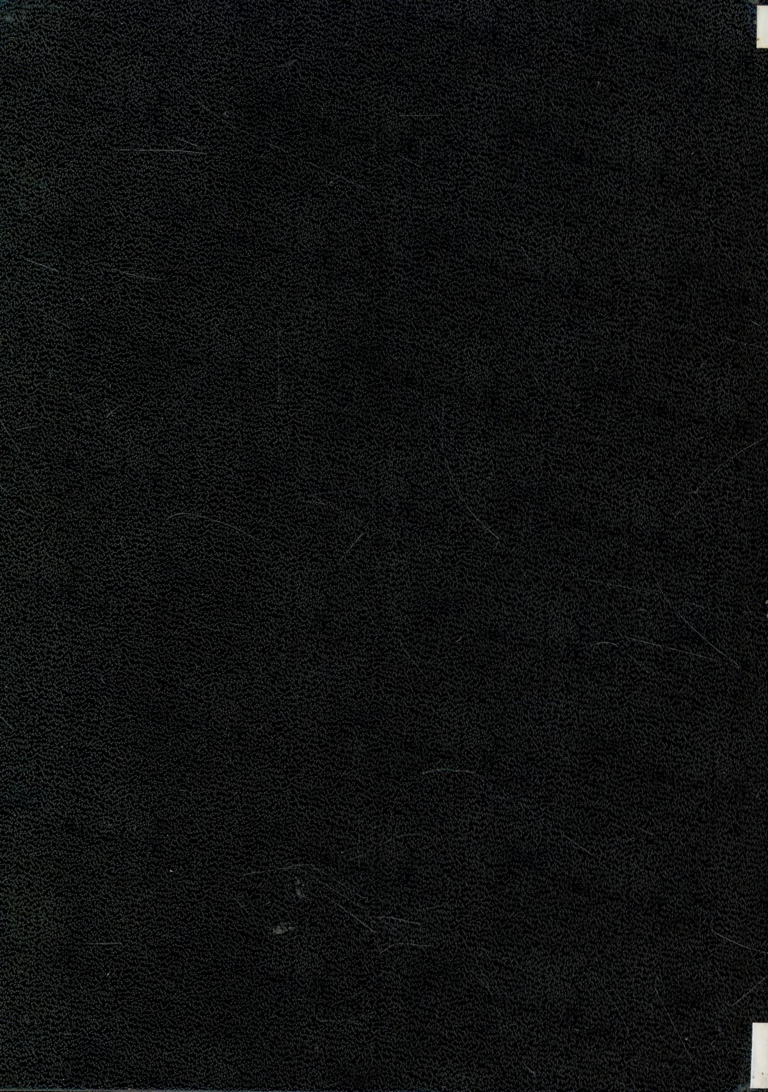
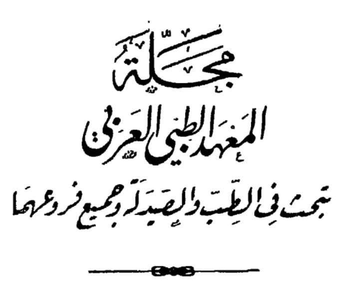




يصدرها عن دمشق مصورة

المعهد الطبي العربي مرة في الشهر ما عدا شهري آب وايلول

كل ما يتعلق بالانشاء يفاوض به رئيس الانشاء الدكتور مرشد خاطر
استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

السنة السابعة

سنة ١٩٣٥

طبعت في المطبعة البطريركية الارثوذكسية في دمشق

الجزء ١ المجلد ٧

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٠ م · الموافق لشعبان سنة ١٣٤٨ هـ

فاتحة السنة السابعة

نشكر الله في بدء هذه السنة الجديدة اجزل الشكر لانه ارانا شمس يومها الاول ونحمده اعظم الحمد لانه قيض لنا في السنوات الست التي اجتزناها ان نخدم الطب واللغة العربية العزيزة الخدمة التي اخذنا على عاتقنا القيام بها ، ونوجه الى زملائنا الكرام ومؤازرينا النشاط وقرائنا الافاضل الطف التمنيات سائلين لهم عاماً جديداً سعيداً باسماً · اما بعد فانه ليسرنا ان نرى مجلتنا ترتقي سلم النجاح وتفسح لها مقاماً رفيعاً بين المجلات الطبية العربية الراقية لامرين لا ثالث لهما لانها تخدم الطب من جهة واللغة العربية من جهة ثانية

اما الطب فانها تخدمه بما تنشره من المقالات الممتعة التي تجود بها قرائح كتبتها ومراسليها وبما تأتي به من المبتكرات التي يقطف ثمارها اساتذة المعهد الطبي من حقل البلاد العربية نفسها فهي ولا شك المجلية في هذا المضمار · وان من قلب صفحات السنة المنصرمة رأى من المقالات الضافية عن الضنك الذي تفشى في سورية ولبنان ومصر واليونان ما لا يترك زيادة لمستزيد وتحقق ان هذه المجلة تعنى بكل ما هو بلدي من الامراض وتقتله درساً لتنقله الى علماء البلاد الاخرى الذين لا يتيسر لهم مشاهدته الا قليلا في اثناء ممارستهم الطبية · وما

يقال في الضنك يقال ايضاً في داء المتحولات (amibiase) المتفشي تفشياً كبيراً في بلادنا السورية فقد وجهت المجلة اهتمامها الى درس هذا الداء ونشر الكثير عنه وستخصص في سنتها هذه جزءاً خاصاً به كما خصصت احد اجزائها في السنة المنصرمة بالضنك وجاءت به باراء من شاهدوا وافداته التي عمت شواطئ بحر الروم في سنتي ١٩٢٧ و ١٩٢٨ ونشرت منها نظريات بعض الاعلام في مصر وبيروت واليونان ودمشق فجاءت نظريات متوافقة في بعض نقاطها ومتناقضة في البعض الاخر وتمكن القراء الكرام بعد مطالعتها ان يقفوا على ما يجول في عقول زملائهم البعيدين من الافكار عن مرض لا يزال سببه حتى الان غامضاً ٠

وقد نشرت المجلة ثلاث مشاهدات عن داء الجلبان (lathyrisme) صادفها بعض اساتذة المعهد الطبي في قرية التل الواقعة في ضواحي دمشق ودرسوا هذا المرض درساً دقيقاً مبينين بعض نقاطه الغامضة التي لم تكن معروفة من قبل وكشفوا في القرية نفسها بوءرة لهذا المرض بعد ان كان كشف احدهم بوءرة اولى له في حوران فقد شاهدوا في قرية التل الانفة الذكر ما لا يقل عن ٥٢ شخصاً مصابين بهذا الداء ولم يتوصلوا الى إقناعهم جميعهم بدخول المستشفى العام ليتمكنوا من درس دائهم درساً دقيقاً بل كان لهم ان اقنعوا ثلاثة منهم فقط فكانوا موضوع تلك المقالة التي نشروها ٠

يتبين من هذا ان مجلتنا تعنى عناية خاصة بدرس الامراض المتفشية في القطر السوري ولا يعني هذا انها تهمل الابحاث الاخرى بل انها تقوم ايضاً بنقل كل مستحدث في الغرب الى ابناء الضاد فخدمتها اذن للطب خدمة لا ينكرها من قلب صفحاتها ووعى ما نشرته من المقالات في مختلف المواضيع ٠

اما خدمتها للغة العربية فلا تقل عن خدمتها للطب لان اساتذة المعهدالطبي الدمشقي يعنون عناية خاصة بجعل اللغة العربية لغة علمية مرنة و بسد الفراغ الذي احدثه في اللغة ذلك النوم الطويل الذي اصاب العرب بعد ان دالت دولتهم وانا اذا القينا نظرة على السنة الماضية فقط ورأينا ما ابرز اساتذة المعهد من بنات افكارهم الى العالم الطبي من المؤلفات العربية تحققنا عظم تلك الخدمة التي تقوم بها المجلة ومحرروها النشاط اساتذة المعهد ازاء اللغة وادركنا ان جرائد مصر كانت على صواب في قولها « ان ما ظنته الجامعة الاميركية في بيروت حلماً قد حققته جامعة دمشق » تعني بذلك تعليم الطب باللغة العربية ·

فاللغة العربية لغة مستجمعة لجميع الشروط التي تؤهلها لماشاة اللغات العلمية الحية غير ان ابناءها يسيئون اليها بالتفاتهم الى سواها ورغبتهم عنها ولو انهم صرفوا في سبيلها نصف الجهود التي يصرفونها في تعلم سواها من اللغات لكانت ازهرت وعاد اليها سابق مجدها غير ان العلماء فينا متغاضون والشعب اكثر تغاضياً لا يشجع الحركة العلمية بل يخنقها بنفوره من اللغةوعلى الرغم من هذه الصعوبات المادية ومما قامت في وجه المؤلفين من العقبات اللغوية قد توصل المعهد في سنته الغابرة الى وضع كتب عربية جليلة الفائدة فقد اتممنا في السنة الماضية طبع الجزء الاول من السريريات والمداواة الطبية وجزوءه الثاني الآن ماثل للطبع وهو مؤلف ضخم يخدم اللغة والطب خدمة كبيرة ·

وطبع ايضاً فن الجراثيم وهو اربعة مجلدات كبيرة واذا ذكرت هذا المؤلف فلكي ازف الى مؤلفه البحاثة اخلص تهاني بهذه التحفة الثمينة التي نفح بها العالم الطبي العربي · لست ابالغ اذا قلت ان اصدار مؤلف كهذا بلغة الضاد

معجزة تعجز عنها الجماعة فما عساه ان يكون شأنها اذا قام بها فرد فاوجد المئات من المصطلحات التي لم يكن لها ذكر في الطب العربي القديم وألبس مؤلفه حلة عربية قشيبة ناصعة البياض خالية من كل شائبة ، انني اكبر عمل الزميل الفاضل الاستاذ حمدي بك الخياط واوجه اليه في بدء هذه السنة وعلى صفحات هذه المجلة عبارات سداها ولحمتها الاقرار بفضله على لغة الضاد العلمية ٠

وبرز ايضاً الى عالم الطب كتابان اخران لم يعرف عنهما العرب شيئاً في طبهم الغابر وهما فن النسج والتشريح المرضي لمؤلفهما النشيط شوكة بك الشطي الذي عرفه قراء هذه المجلة من ابحاثه القيمة ومقالاته الشائقة التي قلما يبرز جزء منها ولا يكون مزداناً بنفثة من نفثات يراعته السيالة ٠ ولا يخفى على الطبيب ما اوجد علماء الغرب من المصطلحات للدلالة على ما كشفوه في هذين العلمين الجديدين وما يستدعي وضع مؤلفات كهذين بلغة الضاد من التعب وسهر الليالي ومع ذلك فقد توصل هذا المؤلف الشاب بنشاطه وثباته الى سد الثلمة التي اوجدها الزمان الغادر في جسم اللغة العربية العزيزة ٠ فوضع مؤلفيه الفريدين وزفهما الى ابناء يعرب هدية ثمينة ٠

وقد ازدانت خزانة الطب العربي بمؤلف بديع جادت به قريحة استاذ نشيط له في اللغة العربية القدح المعلى كسرت يراعته السيالة ادواء الم به ردحاً من الزمن وحرمت قراء هذه المجلة بنات افكاره الساحرة غير ان نفسه الكبيرة التي تجول في صدره قد غالبت الداء فغلبته فعاد الى ميدان العمل بهمة لا تعرف الكلل وابرز مؤلفه في علم الطبيعيات الذي تطور منذ العرب تطوراً كبيراً والاستاذ جميل بك الخاني من الذين عجموا عود اللغة ووقفوا على اسرارها فاذا وضع

مصطلحاً اتقن وضعه وهو يغار على لغة الضاد من ان يمسها الاذى او تحرك اغصانها النضيرة نسمات اللغات الاخرى فتسقط بعض اوراقها الخضراء ولهذا تراه يدأب ليلاً نهاراً وراء تنقية الاوضاع التي يختارها وقد نشرنا له في هذه المجلة منذ زمن مقالات بهذا الموضوع كان الاستاذ راغباً في متابعتها لو لم يوقفه المرض في بدء عمله فنحن نتمنى لزميلنا الفاضل العافية ونهنئه بموءلفه الثمين ·

وقد وضعتُ في السنة المنصرمة ايضاً موءلفاً في فن التمريض عالجت به هذا الموضوع الحديث وما غايتي منه سوى اغناء لغة الضاد بالموءلفات العلمية ·

وترجمت رسالات ثلاثاً وضعها الاستاذ لوسر كل في امراض جهاز البول وامراض النساء وجراحة انبوب الهضم ·

يستنتج مما تقدم ان اساتذة المعهد وهم منشئو هذه المجلة قد ادوا الى اللغة العربية خدمة اقل ما يقال فيها انها جليلة ومجلة هذا شأنها يحق لها ان تسر بخطتها وان تثابر عليها ·

والمجلة ترحب بكل عضو عامل في حقل هذه اللغة العلمية وانها لجذلة كل الجذل ان تزف الى زميل فاضل في مصر وقف نفسه على خدمة هذه اللغة عواطف التهنئة وتكبر عمله فان معجمه البديع الذي اتحف به البلاد العربية لمن اجمل الموءلفات التي تزين بها خزائن الكتب العربية واظن ان القراء الكرام قد عرفوا من اعني انني اعني بقولي الهمام الدكتور محمد بك شرف صاحب المعجم الانكليزي العربي الذي اعاد في هذه السنة طبعه على ورق صقيل ونقحه فجاء باتقانه مشابهاً لمعاجم اللغات الاجنبية ولست اغالي اذا قلت انه اوفى معجم عربي اعجمي في العلوم الطبية والطبيعية واكثرها اتقاناً ·

وانه ليسرنا ان نقرأ في هذا المعجم كثيراً من الالفاظ التي وضعناها وكنا نشرها تباعاً في مجلة معهدنا الطبي .

ونتمنى ان تلاقي المصطلحات الجديدة التي لم ترد في المجلة وتضمنتها موءلفات المعهد القبول فيعمد الى وضعها في طبعته المقبلة وانه ليطول بنا الكلام اذا ما جئنا في هذه العجالة على ذكر هذه المصطلحات العديدة ولعلنا نفرد لها بحثاً خاصاً في المستقبل اذا رأينا من وقتنا ساعة فراغ غير اننا نستسمح الزميل بايراد بضع كلمات منها على سبيل المثال ونحن لا نتوخى الا خدمة اللغة وايصال هذه الكلمات اليه لعلها تروقه فيدونها في طبعته المقبلة لان اللغة العربية بحر لا يدرك قراره كما جاء في مقدمة معجمه فعلى كل غائص ان يستخرج منه الدرر التي يقع عليها .

منها (digitigrade) قال حضرته في ترجمتها « يمشي على الاصابع وكعبه لا يمس الارض » وفي هذا الحد هفوة علمية لم ينتبه لها الزميل الفاضل لانه ذكر الكعب مكان العقب مع ان الكعب ترجمة (astragāle) وهو لا يمس الارض مطلقاً مشى الانسان على صدور قدميه او لم يمش عليها . فضلاً عن ان هذه الجملة الطويلة يستغنى عنها بكلمة واحدة على ما نرى وهي « القفداء ج قفداوات » جاء في تاج العروس الاقفد من الناس « من يمشي على صدور قدميه من قبل الاصابع ولا تبلغ عقباه الارض » فهل افصح للدلالة منها على المعنى المراد .

ومنها (dysurie) قال في ترجمتها « عسر البول » والترجمة صحيحة غير ان (الحَقَب) يغني عنها يقال حَقِب البعير حقباً تعسر عليه البول وكلمة خير من كلمتين .

ومنها (polype) قال في ترجمتها اخطبوط (معرب عن اليونانية) والوضع صحيح واننا نفضل ابقاء هذه الكلمة لترجمة (poulpe) وهو الاخطبوط (احد الهلاميات) ونترجم (polype) الورم المعروف بـ « مرجل » اي الكثير الارجل تمييزاً له عن ذاك وهذه الكلمة من وضع العلامة الكرملي .

ومنها (axis) قال في ترجمتها « المحور » وهذه الترجمة اللفظية صحيحة ونفضل عليها « الفائق » كما ذكر الاستاذ جميل بك الخاني (راجع مجلة المعهد الطبي المجلد ٣ ص ٢٣٠) .

ومنها (cavité glénoïde) « التجويف الاروح — النغض — حقة الكتف » ونفضل « الصدف » والصدف هو موضع الوابلة من الكتف والوابلة رأس العضد كما لا يخفى .

ومنها (trachée) قال فيها (الحَجَب — والقصبة الهوائية — وقصبة الرئة — وقصبة الحنجرة والنخ) . وكلها حسن غير ان الكلمة الواحدة منها وهي الحجب معناها مجرى النفس وهو معنى مطلق وليس فيه ما يدل على الـ (trachée) فقط ولهذا نفضل الرغامى وهي قصبة الرئة لتسهل النسبة اليها فيقال رغامي .

ومنها (tendon d'Achille) « وتر اخيلوس — وتر اخيل ، وتر العرقوب » جاء في المعاجم « العرقوب عصب غليظ موتر فوق عقب الانسان » ويعني القدماء بالعصب ما نسميه اليوم الوتر فالعرقوب هو اذن وتر اخيل نفسه ومن مرادفاته « الدابرة » ولعلها افضل من العرقوب الذي يطلق على الانسان والحيوان فقد ورد « الدابرة عرقوب الانسان » .

ومنها (retroflexion) « انثناء الى الخلف ، انعطاف بغتة للخلف ، عوج

للخلف بغتة ، انكفاء الى الوراء » والقبع يصح في ترجمة هذه الكلمة يقال « قبع فلان المزادة ثنى فمها الى داخل فاذا ادخل رأسها الى خارجها قيل قمعها » و يرادف القمع الخنث وكلاهما يصحان في ترجمة (antéversion) .

ومنها (canal lacrimal) « قنوات الدمع ، مسايل الدمع ، مدامع » والمدامع موضع الدمع او مسيل الدمع من قبل الرأس ولا يفيد القناة الا على سبيل التوسع اما « القسِمة او القسَمة » فهي مجرى الدمع .

هذا نزر من الكلمات اوردناه على سبيل المثال معتقدين ان زميلنا الفاضل يحمل ملاحظتنا محمل الاخلاص لاننا مكبرون لعمله الذي لا يقدم عليه الا من أوتوا صبراً جميلاً وعلماً غزيراً وما هذه الكلمات التي وقفنا عليها في اثناء مطالعتنا ولم يعثر عليها قلم زميلنا لتحط من معجم جامع كمعجمه هو ولا مشاحة افضل معجم من نوعه علماً ولغةً .

هذا ما عن لنا في مطلع هذه السنة الجديدة سائلين من برى البرية ان يحقق ما فيه نفع امتنا العزيزة والسلام .

رئيس الانشاء
الدكتور
مرشد خاطر



انخفاض التوتر الشرياني في الامراض المزمنة

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

بعث الينا استاذنا الفاضل جيرو (Giraud) بتقريره المرفوع الى موءتمر الطب في مونبليه وقد تناول فيه بحث انخفاض التوتر في الامراض المزمنة . ولما كان هذا البحث من اهم الابحاث التي لم تتفق عليها الاراء ولا تزال موضوعاً للحوار والمناقشة . ولما كان استاذنا المذكور من كبار بحاثي معهد مونبليه وقد قتل هذا الامر بحثاً ونبذ الاراء الشاذة ودون منها الثابتة ووددنا الا نحرم قراء مجلتنا الكرام نفثات قلمه السيال واختباراته العديدة فترجمناه بايجاز وتصرف

ينخفض التوتر الشرياني في كثير من الامراض المزمنة وتلتبس اعراضه باعراض المرض الذي احدثه .

وقد ينخفض التوتر في اشخاص سليمي البنية خالين من العلل (انخفاض التوتر المجهول السبب وندعوه مجهول السبب لان العلم الحاضر لا يزال عاجزاً عن معرفته وليس لدينا وسائط كافية لسبر غور حقيقة هذا الانخفاض الصريح ومعرفة سببه الاكيد) . ونقص التوتر هذا خاص مجرد عن العوامل والافات العضوية الموءثرة تأثيراً مقصوداً في نظم التوتر وتبدله (القلب وهو المحرك الاساسي المحدث للتوتر والعروق وهي الاعضاء المتقلصة بالياقها العضلية (الشرايين العضلية ، وعناصرها المرنة (الشرايين المرنة) او معتنفاً (الجملة العصبية) الغدد

الداخلية الافراغ ومفرزاتها) و ينقص التوتر الاساسي دون ان تصاحبه تغيرات في الاعضاء التي ترئس حادثة التوتر الدموي ·

وتختلف مرتبة الانخفاض من حال الى حال فهي مرتفعة ارتفاعاً نسبياً منتظماً في البعض ومنخفضة انخفاضاً بينا لا نظام له في الآخرين · والبيئة الخلطية تدخل في حادثة التوتر اذ ينجم نقصان التوتر الاساسي من الاضطراب الخلطي و يسعى الجسم على الرغم من هذا الاضطراب الخلطي الى التوافق مع الاعضاء المؤثرة على مرتبة منخفضة وتنظيم التوازن عليها ·

والانخفاض على ثلاثة انواع انقباضي واسترخائي وكلي اي انقباضي واسترخائي معاً · وتدعو الى اختلاف الانخفاض من انقباضي واسترخائي ظروف دورانية شاذة يجب درسها على حدة ·

وهناك انخفاضات توتر ناحية بحثها دقيق تنجم من اسباب مقصودة آلية او محدثة اضطراباً في حركة الاوعية · يشمل والحالة هذه درس انخفاضات التوتر حالات مختلفة ·

و يختلف عمل الاعضاء في توتر الشريان فمنها ما يؤثر تأثيراً مقصوداً (الدم ولا سيما كميته وحجمه والقلب وهو المحدث للتوتر الانقباضي وقد يكون له في التوتر الاسترخائي بعض التأثير والعروق ولا سيما الشرايين العضلية والمرنة والعروق الشعرية) او معتنفاً بتبديله حركاتها (توسيعها وتقبيضها) وامرها ونهيها (جملة الاعصاب الودية ، الغدد لداخلية الافراغ ومفرزاتها ، الانعكاسات) او بتأثره تأثيراً كيماوياً (قلة مولد الحموضة في الدم ، تسمم الدم بحمض الفم ، السموم المتنوعة) او طبيعياً كيماوياً ·

الحالات السريرية لانخفاض التوتر

امراض القلب المزمنة : يضطرب التوتر في امراض القلب المزمنة اضطراباً متنوعاً (آفات القلب وتغيرات وظائفه) ٠ ويبدو هذا الاضطراب بنقص التوتر الانقباضي او الاسترخائي او نقص التوترين ٠

وقد تؤثر العوامل المحيطية فتغير صفحة انخفاض التوتر السريرية

ينجم هذا القصور التوتري من اضطراب الموازنة المائية في جريان الدم فينخفض التوتر الاسترخائي في بطوء نظم القلب المفضي الى زيادة مدة الاسترخاء وفي افات القلب التشريحية حيث يعود الدم اثناء الاسترخاء الى القلب عودة غير طبيعية (قصور الوتين) وفي الحالات التي ينقص فيها حجم الموجة الدموية (التضيق الوتيني) ٠

وقد تشترك هذه العوامل جميعها ٠

وانخفاض التوتر اقل حدوثاً مما يجب ان يكون نظرياً وذلك لانه يعوض بـ

١ً — توافق القلب وضخامته ضخامة معيضة

٢ً — تفاعل العروق والقلب المحيطي ٠

انخفاض التوتر الاسترخائي : نادر الا في قصور الوتين وبطوء القلب

وقد ينجم انخفاض التوتر من نقص قوة القلب والعروق ومن سببين : خلطي او عصبي مشتركين او منفردين

امراض العروق المزمنة : تؤثر العروق في توازن التوتر الدموي ولا سيما التوتر الاسترخائي تأثيراً عظيماً ٠

الانخفاض الانقباضي الكلي المعمم يصادف في :

أ — توسع عروق بعض المناطق المرواة بالشرايين توسعاً شديداً كالبطن فان اتساع عروقه يساعد على امتلائه بدم آت من باقي الاعضاء وهذا منقص للتوتر

ب — اضطراب دورة الدم في الرئة وفي الاوردة

ج — تصلب الشرايين (وهو المحدث لزيادة التوتر) قد يحدث انخفاضاً انقباضياً وان نادراً

د — امهات الدم الوريدية الشريانية

وقد يعيض القلب عن انخفاض التوتر المحيطي في المرة الاولى بمضاعفة جهده

انخفاضات التوتر الناحية : تنجم من آفات الشرايين او من اضطراب وظيفتها وحركاتها وكثيراً ما ينقص التوترفي الآفات الوعائية كما في ام الدم الشريانية الوريدية وغيرها . وقد تبدو انخفاضات التوتر الشريانية كانها بدئية في آفات اعضاء مختلفة او بعض التسممات العفنة العامة وليست هذه الافات منقصة للتوتر الا لانها توءثر اولا في القلب وهو الناظم الاول

٣ — امراض الدم المزمنة : لا تنقص امراض الدم المزمنة التوتر الا اذا صاحبتها انزفة غزيرة مترددة او دنف .

تصطحب فاقات الدم وداء الخضرة العرضية بانخفاض التوتر . والعامل الاساسي في احداثه هنا هو الآفة المسببة .

ويشاهد انخفاض توتر في الحالات التي تنقص بها كمية الدم وآلية ذلك لا تزال مجهولة .

٤ — امراض الجملة العصبية والحالات الروحية المزمنة : قد ثبت ان العصب الودي ينظم التوتر الشرياني بواسطة القلب والعروق فالمراكز القلبية معروفة وهناك

ايضاً مراكز محركة للعروق (موسعة وقابضة ومراكز مختلطةمحركة للشرايين) في البصلة والنخاع والعقد والضفائر المحيطية ومراكز علوية في السرير المخطط القشري ·

تنبه هذه المراكز او تنهى نهياً عصبياً ·· وتتأذى بتأثير اسباب آلية وطبيعية وكياوية (سمية ، مفرزات الغدد الداخلية الافراغ -- الخ) وحسية او روحية · وينجم من نهيها اتساع العروق وانخفاض التوتر · وتوجد عدا ذلك حالات يختل فيها توازن العصب الودي · وقد تصاب المراكز المحركة للاوعية قصداً او تتأثر من آفات الارجاء المخية البصلية او النخاعية المجاورة وقد تضطرب وظيفتها لسبب عام ·

ينقص التوتر نقصاً عظياً في الصدمات العصبية الكبيرة المحدثة للوهط وفي الادوار الاخيرة لبعض آفات المخ والنخاع الخطرة وفي رضوض الدماغ ·

وقد ينقص التوتر نقصاً معتدلاً في بعض الحالات كالفلج العام وداء باركنسون وفي ارتجاج الدماغ وفي كثير من الاعراض المشتركة الاخرى ·

آفات الدماغ المحيطية : (الفالج الشقي) قد يصاحبها نقص في التوتر ولعل ذلك ناجم من رخاوة الطرف او من التقفع ·

آفات الدماغ والنخاع والاعصاب والعضلات الرضية : كثيراً ماتحدث انخفاضاً في التوتر ناحياً او موضعيا في المناطق المحيطية المصابة وقد ينقص التوتر نقصاموضعيا في السهام (tabès) وفي تكهف النخاع (syringomyélie) وفي الارجاء المصابة باضطراب الاغتذاء ·

الافات المخربة والمخدشة للعصب الودي المحيطي : تحدث اعراضاً مشتركة

ناحية وتصطحب بانخفاض التوتر ·

الحالات الروحية او الروحية العصبية : يصحبها انخفاض التوتر كلما رافقها إعياء (dépression) موقت بسبب ارهاق الجسم او انتهاكه وفي الخور والاعياء الوسواسي ·· الخ) .

ويصادف نقص التوتر في المجانين (maniaques) والمتوهين (démens) ولا سيما في العته البكور · وليست الاراء متفقة في هذا الصدد ·

ويرافق نقص التوتر النهكة والارهاق الجسدي والروحي

٥ — امراض الغدد الداخلية الافراغ المزمنة : دلت التجارب والمشاهدات السريرية على العلاقة الاكيدة بين الغدد الداخلية الافراغ وتبدل قوة الشرايين والضغط الدموي · وقد اصبحت تقصيات سرجن عن علاقة قصور الكظر بانخفاض التوتر معلومة عند الجميع · ويعتقد الكثيرون ان لاضطراب افراز الغدد الداخلية الافراغ دخلاً عظيماً في انخفاض التوتر الصريح الاساسي ·

الادلة السريرية : ان داء آديسون خافض للتوتر · وينجم انخفاض التوتر فيه من نقص مقدار الكظرين في الدم وهناك حادثات انخفاض في التوتر تنجم من قصور الكظر قصوراً بسيطاً ·

الكظرين مادة مقوية للاوعية · ولا ينجم عملها من تأثيرها في العروق قصداً بل من تأثيرها في العصب الودي المحيطي او في نسيجه الضام ·

٢ — الغدة الدرقية : ان خلاصة الغدة الدرقية خافضة للتوتر ولا يعني ذلك ان التوتر في المصابين بقصور الغدة الدرقية زائد حتما ولا انه ناقص حتما في من كانت غدتهم الدرقية كثيرة الافراز ويتضح لنا ذلك جلياً في المصابين بداء

بازدو فان توترهم الاسترخائي ناقص بيد ان توترهم الانقباضي زائد قليلاً وينشأ هذا الشذوذ في التوترين من اضطراب الودي ٠

وليس نقصان التوتر ثابتاً في المصابين بالوذمة المخاطية على ان فيهم اتجاهاً الى الانخفاض ٠

الغدة النخامية : عد بعض المؤلفين اضطراب افراز الغدة النخامية ونقص النخامين محدثاً لانخفاض التوتر ٠

المبيض : تكثر اضطرابات المبيض في المصابين بنقص التوتر ٠

المعثكلة : (بنكرياس) ٠ ثبت ان الانسولين خافض للتوتر مع انه لم يذكر حتى الان نقصان توتر معثكلي المنشاء ٠

وينقص التوتر ايضاً في اضطراب الغدد الداخلية الافراغ جميعها ٠

٦ — امراض الجهاز التنفسي المزمنة : كثيراً ما يصحب امراض الجهاز المذكور نقص التوتر ولكن ليس لهذا النقص علاقة باضطراب الجهاز المذكور الوظيفية بل ربما كان ناجماً من مرض عام ولا سيما سمي انتاني اصاب جهاز التنفس ٠ والسل هو في زمرة هذه الامراض الخافضة للتوتر ٠

وينجم نقص التوتر في امراض الجهاز التنفسي من العصب الودي بانعكاس قلبي شرياني احدثه الجهاز المذكور بطريقة آليـة او من تأثير اضطراب الدورة الرئوية في البطين الايسر وفي الدورة الدموية العامة (انخفاض التوتر الآلي الناجم من نقص كمية الدم الواردة على البطين الايسر) او من قلة الحـاذي (الاوكسيجين) في الدم (anoxémie) وقدلفت الانظار الى ذلك المؤلفون الاميركان والانجليز ٠

يبدو انخفاض التوتر في السل و الربو وفي المصابين بانتفـاخ الرئة والزلات وفي الآفات العائقة لجريان الدم في الرئة ووصوله الى القلب الايسر (انضغاط باطن الصدر ، الجنابات الانسكابية المزدوجـة او الانسكابات المتوترة) وفي المصابين بتصلب الرئة ٠

٧ — امراض الجهاز الهضمي والخلب المزمنة : ينجم نقصان التوتر في امراض الجهاز الهضمي والخلب من اسباب عديدة بعضها حقيقي والبعض الاخر لم يخلُ من النقد٠

ينقص التوتر في هبوط الاعضاء الهضمية واتساعها وتمددها من انعكاس في الضفيرة الشمسية سببه انجرارها بالاعضاء الهابطة وفي نقص التغذية (قـلة المواد الغذائية او صعوبة امتصاصها) والاسهالات الغزيرة وربل المعـدة (gastrosuccorrhée) وفي الافات المدنفة وفي بعض التسممات الغذائية المنشإ

الكبادات المزمنة : تصطحب اضطرابات الكبد الوظيفية في اغلب الاحيان بانخفاض التوتر ٠ واكثر الامراض الكبدية انقاصاً للتوتر هو تشمع لاينـاك والحبن خافض للتوتر لانه يحدث نزفاً مصلياً ٠ وتساعد الانحباسات الصفراوية على تنقيص التوتر ٠

امراض الكلية المزمنة : ينقص التوتر في بعض التهابات الكلية المحدثـة للاستسقاء ، التهابات الكلية العضوية المرافقة للحؤول نظير النشا وفي تنبـه الكلية (nephrose) وحؤول الكلية نظير النشا المصطحب غالباً بقصور الكبد وباسهالات وبيلة آحينية وبتقيح الدم ٠

وقد ينقص التوتر في بعض التهابات الكلية الحابسة للآزوت الرافعة للتوتر عادة وذلك متى كان المريض شيخاً مدنفاً ٠

٨ — الامراض العفنة والطفيلية المزمنة : السل خافض للتوتر الا في شكله الليفي البطيء السير · وينجم هذا النقص من سير المرض وتعب المريض ومن خلل اغتذائه وذهوله ودنفه · وقد يكون نقصان التوتر اولى علامات السل التي تسبق الاعراض الصدرية وقد ينقص التوتر في الامراض الطفيلية الاخرى لاصطحابها بحوول نظير النشا ودنف وتقيح ·

السرطان : خافض للتوتر لانه مدنف · وقد تفرز البيئة السرطانية مادة خافضة للتوتر خاصة ·

٩ — التسممات المزمنة : تؤثر السموم في دورها الحاد في المراكز المحركة للعروق والجملة الودية فتبدل التوتر الشرياني ويبدو التوتر ناقصاً في دورها المزمن · تنقص السموم التوتر بنفسها او بايذائها للاعضاء المختلفة ذات العلاقة بالتوتر ولعل السبب الثاني اهم من الاول ·

ويبدو التوتر ناقصاً في التسمم بالاسرب والزرنيخ والزئبق ومحذي الفحم (oxyde de carbon) وغازات الحرب والكحول والخ ·

١٠ — امراض الاغتذاء والدنف : ينجم نقص التوتر فيها من القصور الوظيفي في عضلة القلب واعضاد العروق والاوعية الشعرية والجملة العصبية والسموم الباطنة الذاتية المحللة للهيولينيات (الهيستامين والبروتيد) ·

وينجم من فقدان حيوين (د) نقص في التوتر (داء الذرة ، وذمات الحرب ، والامراض الغذائية الاخرى) وينقص التوتر في الداء السكري المعتكلي او المصطحب بالسل او بقصور القلب والعروق ·

وكثرة الحماضات في الدم خافضة للتوتر ·

شراد (fugue) مكرر في مصاب بالبرداء المزمنة

للدكتور ترابو استاذ السريريات الباطنة والامراض العصبية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

دعينا مرتين ونحن في سورية منذ ست سنوات لابداء رأينا الطبي الشرعي في بعض افعال مغايرة للقانون اقترفها بعض الجنود في سياق نوب شرادٍ لم يكن لها اقل علاقة باحدى الافات النفسانية التي تحدث عادة مثل هذه الافعال بل كانت مسببة على ما نؤكد من التعفن البردائي . وقد كانت الحادثة الاولى موضوع تقرير رفعناه الى جمعية الطب العسكرية الفرنسية في ١٦ تشرين الاول سنة ١٩٢٤ وهي حادثة ضابط صغير من دمشق مصاب ببرداء مزمنة ترك عمله في احد الايام مقوداً بدافع لا يغلب دون ان يدرك ما يعمل وركب سيارة اقلته الى بيروت وبعد ان وصل اليها عاد اليه ادراكه وعجب لوجوده في تلك المدينة فذهب الى نزل ليصرف ليله فيه فاصيب بنوب بردائية الزمته الفراش خمسة ايام وشفيت بالكينين . وبعد شفائه خشي العقاب الذي سيجره عليه تغيبه عن مقره بدون استئذان فهام على وجهه ١٥ يوماً في البرية حيث قبض عليه الدرك واعادوه .

واننا نورد اليوم الحادثة الثانية المشابهة للاولى ونرى فائدة في اعلانها وهي الشراد البردائي (fugue palustre) الطارئ بدون نوبة هذيان لان هذه

الحالة لم تذكرها المؤلفات الطبية على ما نعلم ·

العريف ل · · · عولج اولاً في مستشفى هنري فريزيه في ايلول سنة ١٩٢٨ لاصابته بالبرداء · وقد دلت معاينة دمه في ذلك الحين ان فيه المصورات النشيطة (plasmodlum vivax) وعولج بمقادير كبيرة من الكينين (غرامان في اليوم مدة عشرين يوماً) وبحقن وريدية من النيوسلفرسان فشفي وعاد الى عمله وظل سليماً حتى ٢٠ كانون الثاني سنة ١٩٢٩ اذ عاودته نوب حمى جديدة فعاد الى المستشفى · فاعيدت له المعالجة بالكينين فسقطت حرارته الى الدرجة الطبيعية وبعد ان لازم المستشفى ٢٨ يوماً عاد الى فرقته واعفي من الخدمة ريثما يعاد الى وطنه بعد بضعة ايام · فلم يلبث ان اعيد الينا في التاسع من اذار لنعاين حالته العقلية لان نوبة شراد اعترته فترك فرقته حاملاً بندقيته واضاعها ولم يصب هذا العريف في اثناء سنواته العشر التي قضاها في الخدمة العسكرية بمرض اخر سوى البرداء المزمنة · فهو لم يصب بامراض زهرية ولم يكن في سوابقه الارثية افات عقلية او دماغية · احد اخوته مات مسلولاً · وهو لم يصب ابداً بنوب ولا بغيبات عقل (absences) في سياق خدمته العسكرية · وكان سلوكه حسناً للغاية حتى مجيئه لسورية فبدأت العقوبات الشديدة توجه اليه · ففي المرة الاولى اوقف عشرين يوماً اضطراراً للسبب التالي : كان يشغل في فرقته مركز العريف الاول وكان قدعهداليه باستلام مرتبات الجنود فاتته يوماً رسالة تنعي اليه خطيبته فنهض تاركاً سجلاته وتاه على وجهه في المدينة النهار بطوله واعيد في مساء ذلك النهار دون ان يتذكر شيئاً مما صنعه · ثم تعاقبت عليه ثلاثة قصاصات من هذا النوع بفواصل قريبة لاهمال الخدمة · فسئل عن

سبب هذا الاهمال فكان يجيب انه لم يكن يصدر منه الا عن سهو او فقد ارادة واخيراً اقترف هذا الجرم في اثناء نوبة شراد واضاع بندقيته الحربية دون ان يتذكر شيئاً من عمله وكان قد احيل الى ديوان الحرب غير انه ارسل الينا قبل ذلك لنبدي رأينا فيه ·

وكانت اراء روءسائه مجمعة على ان هذا العريف لم يقترف جرمه الاخير عن سوء نية بل ان في عقله اختلالاً وهذا ما يدعو الى تخفيف القصاص عنه او اعفائه منه ·

فقد ادرك اذن الروءساء وهم يشكرون على هذا انهم ازاء مريض وليسوا ازاء جندي خائن · ولم نكن نحن مخالفين لهم في الرأي لاننا قبل ان نعلم شيئاً عن نوب شراده السابقة كنا قد قررنا اعادته الى فرنسة بسبب بردائه المزمنة · فالعريف ل · · · مصاب بالبرداء وما من شك في هذا الامر لان المخبر قد اثبتها منذ البدء · وقد عصت برداؤه الكينين والزرنيخ كما يحدث احيانا · وما نوب شراده وفقدان ذاكرته الموقت الا نوب برداثيه مقمصة [1] (larvées) خفيفة ·

وقد اقر لنا هذا العريف انه اذا كان قد نسي جميع ما اتاه من الافعال في اثناء نوب شراده فهو يذكر الاوقات التي سبقتها اذ كان يشعر بحرارة شديدة كما في بدء نوبة برداثية · ولسنا نرى سبباً اخر لتعليل شروده المتقطع سوى البرداء ·

لا ننكر ان العريف ل · · · يشرب بعض المشهيات الكحولية غير انه لم يعاقب مطلقا على سكره فضلا عن انه خال من جميع العلامات الدالة على التسمم

المزمن بالكحول فما من علاقة اذن بين نوب شراده والهذيان التسممي المنشإ . وليس هذا العريف مصاباً كما تبرهن معاينتنا باقل علامة جنونية . فلا هو مصاب بهذيان او بجنون او بمس بل ان ملكاته العقلية والادبية سليمة كل السلامة في فترات شروده وفقدان ذاكرته . وليس فيه اقل اتجاه الى التنسك ولم تعتره مطلقا تهاويل[1] (hallucinations) ولا هو مصروع لانه قبل مجيئه للشرق لم يشرد مطلقا ولم تعتره نوب ولا غيبات عقلية ولا هو مهروع[2] (hystérique) كما تبين المعاينة الدقيقة التي اجريناها فان جهازه العصبي سليم وانعكاساته الوترية والجلدية والحدقية وحسياته صحيحة . ومائعه الدماغي الشوكي طبيعي ايضا فيه ٢٣ ، · سنتغم آحين و ٤٥ ، · سنتغم سكر والتفاعل الغروي وواسرمان منفيان . فكل هذه البراهين دعتنا الى عد العريف ل . . . مصابا بالبرداء المزمنة التي احدثت فيه هذه التشوشات المتقطعة و بدأت بتلك الاعمال المخالفة للقوانين . وهذا ما دعانا الى عده بريئا واثبات قرارنا الاول باعادته في الحال الى فرنسة .

قلنا في بدء مقالتنا ان الشراد البردائي لم يوصف حتى الان على ما نعرف خارجا عن نوبة الحمى الوصفية . فليس الهذيان مع الاستنار غير الارادية التي تصادف في سياق النوبة الخبيثة الهذيانية شراداً لان هذه الحالات اختلاط عقلي حاد مع هذيان سيار في سياق نوبة حمى بردائية كما يشاهد في الحميات الاخرى جميعها .

---

١ و ٢ و ٣ هذه الكلمات الثلاث من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي

اما المريضان اللذان نذكر مشاهدتيهما فقد شردا دون ان تكون حرارتهما عالية . ولم يكونا مصابين باختلاط عقلي وذهابهما وايابهما في مدة الشرادجميعها كانا منظمين كل التنظيم . وقد حدثت نوب شرادهما في الظروف ذاتهـا التي تقع بها الشرودات الاخرى وعقبها فقـدان الذاكرة كما يعقب تلك . ولذا رأيناها شبيهة بالنوب البردائية غير الحمية او الخفيفة الحمى ومماثلة للحـالات الصرعية في الشاردين المصروعين وقد لاحظنا في مريضنا الاخير غيبات عقل (absences) يمكننا تقريبها من غيبات المصروعين وقد عرفت اليوم النوب الاختلاجية في سياق البرداء حق المعرفة فاذا كان للبرداء شكل اختلاجي فلماذا لا يكون لهذا الشكل مشابهاته وشراداته كما في الصرع الحقيقي .



داء بوت

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

قلما ندعى الى تشخيص داء بوت في بدئه . لاننا نرى المرضى غالباً في آخر السنة الاولى من سلهم الفقاري او في سياق سنتهم الثانية بعد ان تكون الحدبة او الخراجة الباردة او الكساحة (paraplégie) قد بدت فيهم . ومتى بدت حدبتهم يأتون الينا او يبعث بهم من قد نصحوا لهم بوضع مشد جبسي فنرفض وضع هذا المشد في اكثر الاحيان حذراً من ان نشجع فكرة القائمين بهذه الدعاية والظانين بان معالجة داء بوت تقوم بالمشد الجبسي .

فما السبب في تكوّن الحدبة يا ترى ؟ ليس السبب الا تخرب اجسام الفقار لان جسم الفقرة المريضة الذي ضغطه ثقل الجسم الواقع فوقه لا يلبث ان ينهار و ينقلب الى الامام و يعود اسفينياً .

وما هذا التسطح سوى كسر العمود الفقاري الذي ينعطف القسم العلوي منه الى الامام و يندفع الى الوراء في الوقت نفسه جاراً معه الفقرة الاسفينية التي يبرز ناتئها الشوكي . ولكي يشعر بهذا الناتئ الذي تعلق به الاصبع ولا يبدو دائماً بروزه واضحاً في البدء يجب اجلاس المريض وحنيه الى الامام والوقوف الى جانبه وجس نواتئه الشوكية من الاسفل الى الاعلى بجعل الوسطى ملامسة للنواتئ الشوكية والسبابة والبنصر الى الجانبين في الميزابتين فتشعر حينئذ انملة

الوسطى في احدى النقاط ببروز زاوي دال على رجوع القسم العلوي من العمود الفقاري الى الوراء وعلى انهيار الفقار · وقد تكون هذه العلامة بدئية مناسبة لزوال قرص فقط ومتى سلت الفقرتان العليا والسفلى وانهارتا كبرت زاوية الحدبة واشتد بروزها او شابهت الحدبة انحناء متفاوت الاتساع مناسباً لعدد الفقار المصابة ·

ومتى بلغت الحدبة هذا الحد استصعب ردها وعدت ثابتة وقد يستطاع في بعض الحالات اصلاحها باحداث اقعنساسات (lordoses) معيضة في جوار البؤرة المرضية بوسائط خاصة تستدعي مواصلة المعالجة والمثابرة عليها الامر الذي لا امل لنا به في المرضى الذين نعالجهم ·

يخرب السل ولا مشاحة كل ما يمسه غير ان انتشار الافات مسبب فقط من الانضغاط الذي يحدثه التقفع العضلي وثقل القطعة العليا من الجسد · فعلينا اذن بتثبيت الناحية المريضة وارخاء العضلات ورفع ثقل الجسد عن التقرحات الانضغاطية ويتحقق هذا جميعه بواسطة واحدة وهي « اللوح الخشبي » نعني به اضطجاع المريض على سطح صلب ومنعه منعاً باتاً عن القيام والمشي والوقوف والجلوس مدة المرض جميعها · فمتى كان المرض في بدئه كانت مدة اضطجاعه الظهري زهاء ثلاث سنوات ومتى كان المريض في نهاية سنته الاولى كانت مدة اضطجاعه زهاء سنتين اذا لم تطرأ عرقلة في سياق المرض وتوءخر الشفاء · وافضل واسطة لتحقيق السطح الصلب سرير برك (Berck) وهو ميزابة من خشب اطول من المريض بعشرين سنتمتراً ، عرضها ٥٠ — ٦٠ سنتمتراً وعمقها ٧ — ٨ سنتمترات وعليها فراش محشو شعراً ولها قبضتان معدنيتان في طرفيها ليسهل حملها · فمتى اضجع المريض على هذه الميزابة بقي عليها سنتين او ثلاث سنوات

او اكثر ريثما يشفى مرضه ويجوز ان توضع الميزابة على دكة وسط الغرفة او في بستان او على سرير او على عجلة تجر باليد فيتنزه المريض · ويجب ان يمدد الولد عليها ويقوّم ظهره ويترك رأسه بدون وسادة وان يثبت بها بسير مارّ بكتفه وخصره ليستحيل عليه الجلوس · اما اثوابه فتشق في الوراء ليسهل الباسه دون ان يجلس · ويجوز ان يشد الطرفان السفليان في بعض الحالات ويثبت الرأس بجهاز مينارفا متى كان داء بوت عنقياً ·

فاذا اتبع المرضى هذه المعالجة قبل ظهور الحدبة نالوا الشفاء دون ادنى عيب او تشوه · اما المشد الجبسي فلا يكفي لتثبيت عمودفقاري تثبيتاً كاملاً ولا لرفع ثقل القسم العلوي من الجسد عن القطعة المريضة حتى انه لا يكفي والمريض جالس ولا يحتاج اليه متى كان المريض مضطجعاً على ظهره ·

والمشد مضر في المرضى الذين يجيئون الينا لنضعه لهم ثم يغيبون عن ابصارنا : لان وضعه مشجع لمن يظنون ان معالجة داء بوت تنحصر في المشد الجبسي ، على البقاء في خطإهم ولان المريض يثق به فيعتقد انه واسطة كافية لشفائه فنكون بعملنا هذا قد خدعنا المريض وانفسنا وشجعناه على الوقوف والمشي لانه يظن نفسه مثبتاً بالمشد ولا يمانعه اهله حينئذ فتزداد آفاته شدة ولا تلبث العراقيل ان تظهر فيه ·

واذا شفي داوءه وهذا نادر كان معيبا فلا يكون المشد قد افاده بل قد أضره الضرر الجسيم اذن لا يمنع المشد كما يقول لنا اومبردان سوى شيء واحد وهو مراقبة الافة لانه الكة تحدث وراءها اشياء كثيرة لا تراها العين الامتأخرة : تقرح الحدبة ، واشتداد تخرب الفقار ، اتجاه الى التقيح ، تنوسر الخراجات ،

ازدياد الوضعة المعيبة والخ ٠٠٠ فالحذر كل الحــذر من الاشارة على المريض بوضع جهاز جبسي في هذا الدور ٠

بل على الطبيب الذي يراعي ضميره ومهنته ان يرفض رفضاً باتاً وضع المشد وان يشير على مريضه بالميزابة الخشبية وبها فقط ٠

٠ غير انني اشير بوضع مينارفا في بعض الافات العالية لان القفا والفكـين والكتفين نقاط ارتكاز كافية للتثبيت واضع جهازاً ذا نوافذ متى كان اصلاح الحدبة مستطاعاً على ان يبقى المريض تحت الرقابة الدقيقة ٠ واثبت بالجبس ولداً على اهبة السفر الى مكان بعيد تخفيفاً لما يحدثه السفر من الارتجاجات اومريضاً دل الرسم الكهربي ان افاته قديمة آخذة بالترمم لان المشد يستعيد حقوقه في زمن النقه ٠

الخراجة : نصادفها في سياق معاينتنا لمريض مصاب بالحدبة او في آخر يبعث به الينا كانه مصاب بافةوركية او نراها متوسرة في مرضى لم يراقبوا مراقبة حسنة او في من ثبتهم سوانا بالمشد الذي رفضنا وضعه لهم فجاوءا الينا بعد ان رأوا الصديد يسيل من تحت مشدهم مع ان مراقبة بعيدة لو لم يكن المشد كانت كافية لمنع هذه الخراجة عن ان تنفتح فوراً ٠

او نرى الخراجة قد شقها الجراح وهذا شر البلية ٠

لا يخفى ان الخراجة الباردة في داء بوت نموذج للخراجة الهاجرة لان الورم السلي بعد مغادرته لجسم الفقرة يتبع النسج المرواة ارواءً غزيراً والصالحة لتكاثر العصية فيلقحها و يسعى سعياً متواصلاً وقد يتلين و يظهر على جانبي العنق في ادواء بوت العنقية او في الوروب في ادواء بوت الظهرية او في غمدابي سواس

في ادواء بوت الظهرية والقطنية العليا اما في ادواء بوت القطنية السفلى فان الخراجات تتبع الاوعية الكبيرة وتظهر تارة في مثلث سكاربا وطوراً في الالية ·

وهذه الخراجات التي تتبع غمد ابي سواس تحمل على الظن بان الافة وركية لان العضلة المهيجة تعطف الفخذ وتبعدها وتديرها الى الوحشي كما في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي فيجب حينئذ ان تميز عن الخراجات الناشئة من ذلك المفصل غير ان الوضعة المعيبة في خراجات داء بوت يستطاع تزييدها اما في التهاب المفصل السلي فجميع الحركات محددة ·

ويجب ان تؤخذ جميع الاحتيطات لمنع هذه الخراجات عن الانبثاق وان يجتنب اجتناباً باتاً شقها · لان التعفن الثانوي الذي لا بد من حدوثه خطر على الحياة · تبزل اذن هذه الخراجات وتبزل في الوقت المعين اي متى كانت سهلة المنال ومتموجة دون ان ينتظر بلوغ الصديد النسيج الخلوي واحمرار الجلد وتفرغ بالاستنشاق (par aspiration) دون ادمائها او حقنها باحدى المواد · وكثيراً ما نرى انها بعد ان تبزل بزلاً حسناً لا تعود مرة ثانية ·

والخراجات الحرقفية اكثر حدوثاً فاذا اردنا بزلها كان علينا ان نخز الجلد وحشي الشوك الحرقفي القدامي العلوي عموداً على العظم وبعد ان تلامس المبزلة الشوك تدور حوله وترفع اليد اليسرى في هذه الاثناء العرى المعوية مثبتةً لجيب بينا اليد اليمنى الحاملة للمبزلة تغرزها سائرة على الوجه الانسي للشوك · ولا بد من البقاء بالقرب من سطح العظم ومن اتباع انحناء العظم الحرقفي اجتناباً للخلب والاوعية الحرقفية الظاهرة ·

ومتى نزعت المبزلة يعوذ الجلد الى مكانه فيسد فوهة البزل العميقة لان

النقطة التي بزل بها الجلد لا تحاذي نقطة الاقسام الواقعة تحتها وهذا ما يمنع التنوسر ولا بد من مراعاة الطهارة في هذا العمل ·

ومتى تنوسرت هـذه الخراجات فوراً او بعد ان شقت كان عصرها كافياً لافراغها وتضميدها بالكحول واجباً امتناعا للتعفن ما امكن ريثما تندمل ·

وقد رأينا بعض هذه الخراجات الباردة قد انقلب خراجات حارة موءلمة فاضطررنا الى توسيعها وارروائها بمحلول دكان مكافحة للتعفن · غير ان بزل هذه الخراجات لا يكفي وحده لان التثبيت هو اس المعالجة وسرير برك لا مندوحة عنه مدة الترميم جميعها · ومتى كانت الخراجات منوسرة وجب التثبيت سنـة واحدة على الاقل بعد الاندمال ·

الكساحة(paraplégie): تبدو ايضاً في نهاية السنة الاولى وتوافق ظهور الخراجات في القناة الفقارية · متى تكونت هذه الخراجات ضغطت النخـاع الشوكي وكان ضغطها له اسرع كلما كانت القناة اضيق كما هو الامر في الناحيتين الظهرية والعنقية · وتسير هذه الكساحات الحركيـة الخالية من التشوشات الحسية والمتصفة بازدياد الانعكاسات كما تسير الخراجات نفسها تبدأ هـذه الكساحات خلسة وتزداد ازدياداً تدريجياً حتى تبلغ اشدها ثم يبدو زمن تدنيها · ومدة سيرها هذه تعادل سنة وتصف سنة حتى السنتين كما هو الامر في الخراجات المحدثة لها · ومعالجتها لا تختلف عن معالجة الخراجات نفسها ، لقد اشار كلفه ببزل هذه الخراجات الفقارية غير ان بزلها مستصعب ويكتفى غالباً بالتثبيت في وضعة الاضطجاع الظهري وفي ميزابة واذا كان مركز الخراجة عالياً وجب وضع جهاز مينارفا ويجوز صنع ميزابة جبس يدخل فيهـا القسم الخلفي من الرأس

والجذع والطرفان السفليان اي من نوع ميزابة بونه ولكن يجب ان يتمكن المريض من تحمل هذه الاجهزة · فجهاز مينارفا في البلاد المعتدلة الحرارة صعب تحمله فما عساه ان يكون الامر في البلاد الحارة التي يتصبب بها العرق من الجسد والشخص جالس بدون اقل عمل ان اقارب المريض يصيخون سمعاً الى ابتهالاته فينزعون جهازه قبل ان ينقلب عجينة ولا فائدة منه · فيجب اذن اجتناب هذا الجهازمتى لم تتوفر الشروط لتحمله والاضطجاع الظهري على سرير برك مع تمديد متواصل معتدل ومراعاة قواعد الصحة ليتنفس الجلد حسناً لا تقل نتائجه عن ذاك · وهذه الكساحات المبكرة تشفى غالباً اما الكساحات المتأخرة التي تكون ناقصة في الغالب وهي نادرة بالنسبة الى تلك وتبقى اشهراً او سنوات قبل ان تكتمل وتعتري المصابين بادواء بوت القديمة فلا تشابه الكساحات المبكرة بسيرها لانها تنجم من التهاب السحايا الضخامي (pachy méningite) اي من تكثف الام الجافية نفسها التي اصابها العامل السلي · ولا تشفى ·

ويسمح بالمشي مع التحفظ الشديد متى كان داء بوت عادياً في نهاية السنة الثالثة اذا لم تكن قد طرأت على المريض عرقلة منذ سنة على الاقل ومتى اظهر الرسم الشعاعي ان علامات الترميم حدثت · فيستعيد حينئذ المشد قيمته لانه جهاز داعم في زمن النقه · وبعد ان يلبس المريض مشده الجبسي ستة اشهر يجوز اذا لم يبدُ شيء جديد مشكوك فيه وبعد ان يرسم العمود الفقاري رسماً جديداً ان يستعاض عن المشد الجبسي بمشد اخف مصنوع من العاج الصناعي (celluloïde) يلبسه المريض صباحا فقط · ويثابر المريض على الاضطجاع ليلا على سرير برك ·

واذ لم تطرأ اقل عرقلة وسار المرض سيراً حسنا سمح للمريض بالمشي بعد سنة مع مثابرته على لبس مشد العاج الصناعي سنتين والاستعاضة عنه حينئذ بمشد من نسيج الكتان الغليظ المجهز بضلوع لحية البال (baleine) اذن يلبس المشد في النقه وفيه فقط ومدة النقه معادلة لمدة المعالجة ويجب ان يراقب المريض في اثنائه مراقبة دقيقة · لان داء بوت هو الافة العظمية المفصلية الاكثر تعرضاً للنكس (بروكا) هذا هو مختصر المعالجة الموضعية ·

غير ان الجراحة الطماحة الى توسيع دائرتها لم تقف ازاء داء بوت وقفة العاجز بل جربت ان تقصر مدة التثبيت اللازم للمعالجة باحداثها التصاق الفقار الجراحي او بعبارة اخرى التثبيث المقصود ·

وقد اجمعت الاراء على الاستجدال (ostéosynthèse) بعد التجربات العديدة بالصاق الفقار بعضها ببعض او بالطعم العظمي وطرق اجرائه الاكثر استعمالاً ثلاث : طريقة هيبس وطريقة البي وطريقة هلستد · اما هيبس فقد جرب ان يلصق النواتئ الشوكية والصفائح والنواتئ المفصلية بعضها ببعض فبعد ان يكحت هذه الاقسام العظمية كحتاً (rugination) جيداً يقطع النواتئ الشوكية عند قواعدها و يقلب بعضها على البعض الاخر ·

اما البي فانه يجمع النواتئ الشوكية بعد ان يقطعها بمقراض العظم بوضعه في الثلمة التي اوجدها طعما اقتطعه بالمنشار الدائري من الظنبوب ·

و ينشر هلستد النواتئ الشوكية افقياً عند قواعدها و يدخل في الشق الذي اوجده طعماً عريضاً من الظنبوب ·

والقاعدة هي ان يتجاوز الطعم في العالي والاسفل الفقار المصابة بفقرتين ·

وفضلى هذه الطرق طريقة البي في الناحيتين الظهرية والظهرية القطنية التي لا يرافقها انحناء كبير وحيث النواتىء الشوكية عريضة ·

والامر يختلف في الكهل والولد فان الاولاد يشفون شفاء حسناً باتصال ما بقي من الاجسام الفقارية بعضها ببعض ولو كانت قد تخربت تخرباً شديداً فاذا ما وضع طعم خلفي منع الاجسام الفقرية عن التكوم في الامام والانعطاف وأخر الشفاء فضلا عن ان هذا الطعم قد يكون عائقاً للعمود الفقاري في المستقبل عن النمو · فالاستجدال في الاولاد لا فائدة منه ان لم نقل انه مضر فالعمليات الجراحية اذن ممنوعة في الولد ·

اما في الكهل الذي لا يشفى مطلقاً شفاء تاماً وتضطره حالته الى لبس المشد كل ايام حياته فضلاً عن تعرضه الدائم للنكس لان التئام العظم لا يقع بل يتكون فيه مفصل موهم (pseudrathrose) · ليفي مشدود فيجوز متى جاء زمن النقه ان يجرى الاستجدال الذي يدعم المشد فالطعم في هذه الحالة واسطة من وسائط التقوية ·

يضع سورال الطعم في نهاية السنة الثانية و يترك مبضوعيه مضطجعين على اسرتهم خمسة او ستة اشهر قبل ان يسمح لهم بالمشي وهم لابسون مشداتهم الجبسية البسيطة او مع مينارفا حسب حالاتهم · وبعد ان تمر ثلاثة اشهر على مشدهم الجبسي يستبدل هذا المشد بمشد من العاج الاصطناعي و يلبس سنتين ·

وصفوة القول ان معالجة داء بوت تختصر بكلمة واحدة وهي « السرير » وليس المشد الجبسي · دون ان تهمل المعالجة العامة التي من شأنها تقوية المريض

معالجة التهاب الفم القرحي الغشائي بحقن الوريد بكيانوس الزئبق

للدكتورين فليكس وغوستاف جينستاي

ترجمها الدكتور ابرهيم قندلفت

قرأنا في جزء مجلة العالم الطبي الصادر في ١٥ كانون الثاني سنة١٩٢٩ مقالا للدكتور ماركو موتزنر من اجاكسيو عنوانه « معالجة التهـاب الفم القرحي الغشائي معالجة ظاهرها مخالف للمنطق » اشار فيه بمعالجة المرض المذكور بحقن الوريد بكيانوس الزئبق بعد ان اتى على ذكر تسعة مرضى عالجهم بالدواء المذكور فشفى به شفاء تاما تلك القروح المسببة من اشتراك فانسان المغزلي المتمعجي (symbiose fuso - spirillaire de Vincent) وهذه هي المرة الاولى على ما نعلـم التي ذكرت فيها هذه المعالجة وقد جربناها في احد مرضانا المصاب بالداء الانف الذكر والذي كنا نعالجه منذ زمن ليس بقصير بحقن عضلاتـه بارسامينول كلان (arsaminol Clin) دون فائدة فدهشنا للنتيجة الحسنة التي حصلنا عليهـا في زمن قصير لا يتجاوز الاسبوع والى القارىء تفصيل الحادثة :

في السابع والعشرين من شهر كانون الثاني سنة ١٩٢٩ استشارنا الجندي م. من فرقة مدفعية المستعمرات مرسلا الينا من قبل طبيبه لعارض طرأ على ناجذته

السفلية . والمذكور شاب في الرابعة والعشرين من العمر صحيح البنيــة مفتول العضلات ولد في مقاطعة الفنيستير (Finistère) ولم نجد في سوابقه الشخصيــة والعيلية ما يستحق الذكر .

وكان يشكو حينئذ خللا في التصويت والمضغ والبلع ناشئاً مما يشعر به من الالم الشديد كلما حاول تحريك لسانه . وكان فمه مطبقاً لا يستطيع فتحه وتحت زاوية الفك اليمنى عقدة ملتهبة ضخمة متوسطة الحجم وكانت حرارته الشرجية ٣٨٠٣ وقد تمكنـــا مع اللين والحذر من ان نفتح الفم فتحاً طبيعيا اذ لم يكن هنالك اقل ضزز (trismus) ثم بدأنا بفحصه فوجدنا على حافة الجانب الايمن من اللسان قرحة ممتدة من قاعدته حتى منتصف المسافة بين القاعدة والرأس وقرحتين او ثلاث قرحات اخرى بيضية الشكل اصغر حجما من الاولى شاغلة حافة اللسان جميعها حتى ذروته . وكان الغشاء المخاطي الخدي والدهليزي لما وراء الرحى مستوراً بقروح كبيرة عديدة غير منتظمة الشكل وكذلك الغشاء المخاطي اللثوي المجاور لاعناق الاسنان اليمنى العلوية والسفلية الى ما بعد الخط الاوسط وكان يكسو هذه القروح طلاء كثيف رمادي اللون شديد الالتصاق بما تحته . وكان الغشاء المخاطي المحيط بالقروح احمر متبججا واللعاب غزيراً ورائحة الفم في منتهى الكراهة .

اما الاسنان فكانت في حالة سيئة جداً يكسو أعناقها القلح (tartre) وكانت الرحى السفلية اليمنى مفقودة والعليا المقابلة لها منخورة . كذلك كانت الثنية العليا والرحوان الاولاوان العليا والسفلى من الجانب الايسر مفقودة ولم يكن باقياً من الناب السفلي سوى الجذر . اما النواجذ فكان نموها طبيعيا .

فحملتنا شدة الاعراض الموضعية المذكورة مع قلة تأثيرها في الحالة العامــة

على تشخيص التهاب الفم القرحي الغشائي وقد ايد مخبر الجراثيم تشخيصنا هذا .
وتبين من فحص البول انه خال من السكر والاحين ولم يكشف التصوير بالاشعة المجهولة اي ناتئ مخرش ولم نر لزوماً لاجراء تفاعل بورده واسرمان (Bordet (Wassermann .

المعالجة : في السابع والعشرين من شهر كانون الثاني اي في اليوم ذاته الذي وصل فيه المريض حقنا عضلاته بثلاثة سنتمترات مكعبة من الارسامينول وطلينا القروح بمحلول زرقة الميتيلين واعطيناه مضمضة فوق منغناة البوتاس نسبتها ١ / ١٠٠٠ واوصيناه بان يغسل بها فمه مرات عديدة في اليوم بعد ان نظفنا الاسنان من القلح بقدر ما سمحت الحالة .

وفي اليوم التالي طلينا القروح بنوفرسينو بنزول فسقطت الحرارة الى جوار ٣٧ .

وفي التاسع والعشرين من كانون الثاني اعدنا المعالجة التي اجريناها له في اليوم الاول .

وفي الثلاثين منه كررنا المعالجة الموضعية بالنوفارسينو بنزول .

وفي اليوم التالي كررنا المعالجة التي اجريناها له في التاسع والعشرين منه .

غير ان جميع هذه الاجراءات لم تأت بنتيجة تذكر لان الاعراض الموضعية بقيت كلها وان تكن قد خفت قليلا عن ذي قبل . فعزمنا على ترك المعالجة بالارسامينول وتجربة كيانوس الزئبق .

ففي اليوم الاول من شهر شباط حقنا وريد المريض بسنتغرام واحد من كيانوس الزئبق وكررنا ذلك في اليوم التالي . فكانت النتيجة فوق

ما كنا ننتظر . فالالام التي كان يشعر بها المريض زالت تماماً وخف مقدار اللعاب المفرز واصبح في استطاعته ان يمضغ طعامه ويبلعه بسهولة . اما القروح فاتجهت الى الشفاء والندب وزال التهاب العقدة الذي كان موجوداً تحت زاوية الفك اليسرى .

وبعد ان ارحنا المريض في الثالث من شهر شباط عدنا الى اجراء الحقن في الرابع والخامس منه . ثم ارحناه في السادس منه وعدنا الى الحقن في السابع والثامن منه ..

وكانت هذه السنتغرامات الستة من كيانوس الزئبق كافية لشفاء المريض شفاء تاما فترك المستشفى في العاشر من شهر شباط صحيحاً معافى .

الخلاصة : ان حقن الوريد بكيانوس الزئبق ذو فائدة سريعة اكيدة في شفاء القروح المسببة من الجرثوم المشترك المغزلي المتمعجي فجميع الاعراض تخف وطأتها بعد الحقنة الاولى . لان الجسم على ما يظهر يحاول حال دخول هذه المادة ان يتخلص منها عن طريق غشاء الفم المخاطي فيشكو المريض بعد بضع ثوان من اجراء الحقنة شعوراً غريباً يصحبه وخز على موازاة قروح الفم . ويظهر ان هذا المقدار الصغير من كيانوس الزئبق كاف لقتل العوامل المرضية دون ايذاء النسج كما ينتج من اعطاء المقادير الكبيرة من كيانوس الزئبق في معالجة الزهري فانها في هذه الحالة الاخيرة تكون سبب التهاب الفم بدلا من ان تكون له دواء .

فيمكننا اذن ان نضيف كيانوس الزئبق الى قائمة العقاقير التي نستعملها

في الوقت الحاضر في معالجة التهاب الفم القرحي الغشائي فنجعله في مصاف النوفارسينو بنزول والبزموت وهو يمتاز عنها بانه لا يصدم المريض· ولما كان هذا المرض خاصاً بالفتيان فقلما يخشى من حدوث عوارض سيئة العواقب كالتي تنجم من استعمال النوفارسينو بنزول ·

على انه مع ذلك يجب على طبيب الاسنان ان يكون حذرا فيقوم مقام الطبيب بفحص قلب المريض و كليتيه وحالته العامة قبل البدء بالمعالجة ·

و كيانوس الزئبق كثير النفع في التهابات الفم المغزلية التي ليس لها سبب ظاهر حتى في الحالات التي تكون الناجذة فيها سببا للالتهاب فيحسن استعمال كيانوس الزئبق قبل خلع الضرس المسبب للالتهاب ·



التخدير الناحي في عملية العلم (Bec de lièvre)

للدكتور فليكس وغوستاف جينستاي

ترجمها الدكتور ابرهيم قندلفت

للتخدير العام محاذير كثيرة منها انه مزعج للمريض ويستدعي مساعداً للتخدير ولمراقبة المريض في اثناء العملية فاذا كانت هذه في الوجه ولا سيما في الفم ازدادت الصعوبة على الطبيب واستدعت طريقة عملية خاصة لهذه الاسباب، وغيرها اخذ يقل استعمال التخدير العام ويحل محله التخدير الناحي الذي يفضل الاول بخلوه من المحاذير المذكورة ويفضل التخدير الموضعي المضر بالعناصر الخلوية الامر الذي له الاهمية الكبرى في سرعة التئام الجرح التئاما تاما ·

فاستناداً الى ما تقدم خدرنا العصبين تحت الحجاج في اجراء عملية العلم في الجهة اليسرى لرجل من بدو شمر له من العمر اثنتان وعشرون سنة متطوع في فرقة الجركس ·

فذلكة تشريحية : تعصب الشفتان العلويتان وارنبتا الانف بالفروع النهائية للعصب تحت الحجاج وهو الجذع الرئيس للعصب الفكي العلوي بعد انفصال فروعه الاخرى عنه ويخرج من الجمجمة من الثقبة تحت الحجاج · وهو في هذه النقطة سهل المنال فاذا خدر تخدرت كل الناحية التي يعصبها · لذلك بعد ان عينا موضع الثقبة بالضبط حقنا في كل من الجانبين سنتمترين مكعبين من محلول النوفوكايين الخميسني · ولسنا بحاجة الى القول باننا سلكنا للوصول الى الثقبة المذكورة اقصر طريق وهو الطريق الخارجي أو الجلدي ·

اذ ما الفائدة من سلوك طريق طوله سنتمتران للوصول الى ثقبة لا تبعد

عن سطح الجلد الخارجي سوى بضعة ملمترات في طريق خال من الخطر يسهل تحريك الابرة فيه ٠ وقد لامست ابرتنا في الجانب الايمن الجذع العصبي فسببت الما كالبرق اما في الجانب الايسر فلم نبلغ الثقبة بالضبط وهذا مفضل بل حقنا المحلول المخدر في المنطقة المحيطة بالثقبة ٠ وبينما كنا ننتظر امتداد تأثير المخدر بدأنا بتعقيم ايدينا واعداد ما يلزم للعملية التي اجريناها بحسب طريقة جالاغيه (Jalaguier) دون اقل عارض ٠ والعملية المذكورة اجريت في الثامن من تموز الماضي وفي الثالث والعشرين منه كان المريض قد شفي تماما وتمكن من اللحاق بفرقته وقد دهش من النتيجة الحسنة التي حصل عليها لانها مكنته من اتمام عقد زواج كان ينتظره منذ زمن بعيد وقد اتضح لنا بعد هذه العملية ان هذا النوع من التخدير اي الناحي مناسب جداً لانه سهل وسريع واكيد التأثير ويمتاز على التخدير العمومي بان المريض يحتفظ بوعيه وحركاته التي لا تنكر فائدتها عندما يكون فم المريض مملوءاً بحر من الدم ٠ ثم اننا تخفيفاً للنزف ضغطنا الشفتين بملاقط المبيض اللينة الرؤوس منذ الصوارين حتى ارنبتي الانف

ولا حاجة الى القول ان هذا النوع من التخدير لا يستعمل في الاطفال لانهم يتحركون ويبكون ولو لم يتألموا اما في اليفعان والكهول فالتخدير الناحي خيروسيلة لتهدئة حالة المريض النفسية وافضل مساعد للطبيب على اجراء العملية ففي اوروبا حيث تجرى عمليات الفلح والمريض لا يزال طفلاً لا يجد الطبيب بدأ من استعمال التخدير العام ٠

اما في البلدان الاخرى التي لا يهتم بها الاباء كثيراً باجراء العملية في سن الطفولة بل يبلغ المريض اليفع وربما الكهولة قبل اجرائها فيفضل التخدير الناحي

التطهير والطهارة (antisepsie et asepsie)

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

متى دخل عامل عفني البنية من منفذ ما يخيل ان العمل الاول الذي يجب القيام به اتلاف ذلك الجرثوم بالتأثير مباشرة فيه فيستفادمن الجرح الذي احدثه المبضع او العامل الجارح لادخال مطهرات الفساد فيه والقضاء على العامل العفني . مع ان الامر على خلاف ما نتوهم لان عملنا هذا ينصر الجرثوم على البنية فتشتد العفونة وما السبب الا لان مضادات الفساد لا تقتل الجرثوم بل تخرش النسج واذا لم تمتها موتاً كاملاً اضعفت قوة دفاعها فاستولى عليها عدوها .

فلنبحث اذن في الامر ونرَ ما اذا كان هذا الكلام الذي يبدو بعيداً عن المنطق حقيقياً . كانت العفونة منذ زمن ليس بالبعيد مستولية استيلاءً راعباً في المستشفيات . في ذلك العهد الذي كان يصرف به الجراحون اوقاتهم بين دار التشريح حيث كانوا يرسمون الطرق الجراحية على الجثث و بين المستشفى حيث كانوا يطبقون هذه الخطط على الاحياء . فكانوا بعملهم هذا يضعون اسس الطب الجراحي التي لا نزال نتبعها حتى اليوم غير انهم على الرغم من لباقتهم واتقانهم للطرق الجراحية كان السواد الاعظم من مبضوعيهم يموتون . وكانت بعض القاعات سيئة الطالع حتى انه ما من احد كان يدخلها لاجراء عملية الا

ويحكم عليه بالموت مقدماً · لان كل ما في المستشفى كان عفناً : الجراحين والالات الجراحية وادوات التضميد · · والعوامل المعفنة كانت شديدة الفوعة مخيفة لان انتقالها من جرحى الى آخرين انتقالاً متسلسلاً كل هذه المدة الطويلة قد زاد فوعتها كما اثبتت اختبارات باستور بعدئذٍ · والجراحون الذين لم يكونوا يدركون سر هذا الامر كانوا يبذرون العفونة ويجنون الموت ·

ولما اعلن باستور اعماله الاولى عن الاختمارات قبل ان يكشف اي جرثوم عفني تساءل غارن عما اذا لم تكن عوامل العفونة وعوامل الاختمارات من طبيعة واحدة · وبما ان باستور كان يقي محتويات انابيبه بسدادة من القطن اراد هو ايضاً ان يقي جروح المرضى من الهواء بطبقة كثيفة من القطن كان يتركها في مكانها ٢٠ — ٢٥ يوماً ويزيد عليها طبقات جديدة من القطن كلما كانت تخترقها مفرزات الجرح فكان المبتورون يشفون بهذه الطريقة وكانوا جميعهم يموتون قبلها وقد احدثت هذه الطريقة ثورة في الجراحة · غير ان جرحى غارن لم يكونوا ينجون من التقيح والحمى والعوارض العامة لانها كانت القاعدة المطردة في الجراحة ولان القطن الذي لم يكن معقماً كان يضيف عفونته الى عفونة الجرح · ولكنهم كانوا يشفون لان هذا التضميد الكثيف كان يستنشق من العمق الى السطح جميع المواد المفرزة كلما تكونت · فلم يكن الجسم يمتصها بل كان هذا التحفيض (drainage) الواسع والطويل المدة يجذبها اليه فكان جرحي غارن الذين قد لوثهم بيديه وتضميده يفلتون من مخالب الموت · واننا نفهم الان ان البنية كانت ترتب دفاعها في ظل هذا التضميد الذي كان ينجيها من معظم الذيفانات والجراثيم الكثيرة باكثار بلعماتها ·

وبعد ان كشفت المكورات العنقودية والعقدية اوجد ليستر تضميده المضاد للفساد . غير ان هذا الجراح الانكليزي الكبير بعد ان ابلغه صديقه الكيماوي اندرسون الكشوف التي جاء بها الكيماوي باستور اوجد طريقته ككيماوي وليس كاحيائي . وكانت تقوم : بتطهير اليدين والالات وادوات التضميد بغمسها في الحامض الفينيك وباتقاء جراثيم الهواء بالرذاذ الفينيكي المعد لقتل هذه الجراثيم في هواء قاعة العمليات لان الهواء كان يعد اكبر عامل مسلوث . وكان يغسل الجرح ايضاً بالماء الفينيكي القوي بغية قتل الجراثيم فيه ثم يضمد تضميداً مبللاً بالماء ذاته .

هذا هو الزمن الاول الذي بدأ به الجراح بتطهير يديه واحل محل الطريقة القديمة السيئة طريقة جديدة فيها كل الامل . فعادت بفضلها جراحة العظام والمفاصل والبطن ممكنة بعد ان كانت مستحيلة لا يقدم عليها احد . وقد نقل هذه الطريقة إلى فرنسة لوقا شمبيونار في سنة ١٨٨٥ فاتبعها جميع جراحي العالم الا بعض الشيوخ الذين كانت عقولهم قد تحجرت فلم يعد الجديد يوءثر فيها . وبدأ الجميع في انحاء العالم كافة يدرسون فعل المواد الكيماوية المساة مضادة للفساد في المخابر ويطبقون نتائجها في السريريات فبدت حينئذ في عالم الجراحة تلك المحاليل العديدة المختلفة الالوان والمتنوعة الروائح وقد رأيت بعيني قاعات الجراحة في ذلك العهد التي كانت به ارضها مغمورة بالمياه المطهرة ولم يكن الجراحون يستطيعون الخوض فيها الا وهم محتذون القباقيب .

فكانت غاية تضاد الفساد اذن قتل الجراثيم بالعوامل الكيماوية غير ان هذه الطريقة التي بهرت العالم بنجاحها في البدء لم تكن الطريقة الامينة لان قتل

الجراثيم كان يستدعي مقادير كبيرة من مضادات الفساد ·

وان هذه المقادير التي كانت تميت الجراثيم كانت تميت في الوقت نفسه النسج الحية · ولهذا كانت الجروح العملية تندب بصعوبة وكان الجراح في دائرة لا يعرف اين طرفاها ·

فمضادة الفساد التي ثبت فعلها في ملافاة التعفن والتي كانت تميت الجراثيم عن الالات والادوات بعد ان تغمس في تلك المحاليل القوية ساعات طوالاً والتي كانت تمكن بعض الجروح وما من ينكر هذا من الاندمال اندمالاً بدئياً ، لم تكن كافية لشفاء التعفن بعد حدوثه وما ذلك الا لانها كانت تخالف دفاع البنية الطبيعي ولان فعلها في الزجاج لا يشابه فعلها في الجسد حسبما اوضحتها لنا التجربات العلمية في هذا العصر ·

ثم تابع باستور كشوفه وبين يوماً ان الحرارة وحدها كافية لقتل العصيات الاشد متانة · فجاءت مرحلة جديدة كان لا بد للطريقة المضادة للتعفن من اجتيازها وهي الجراحة الجافة التي عممها بين سنة ١٨٩٠ و ١٩٠٠ تاريون وتاريه واستعاضا بها عن طريقة ليستر · ثم مرت هذه الجراحة بمراحل تحسن مستمر وكانت كلما ارتقت تبسط وتتناثر عنها تلك الزوائد حتى عادت كما نراها الآن وهي تقوم بجعل كل ما يمس الجرح عقيماً بكل ما في الكلمة من معنى اي معقماً بالحرارة وحدها ·

فيجب اذن ان يعم التعقيم : ١ً – لوازم العمليات ٢ً – يدي الجراح ٣ً – جلد المبضوع ·

اما لوازم العمليات من قمصان وقنع وقفافيز ورفادات وخيوط وادوات

تضميد فتعقم في المحم (autoclave) ببخار الماء المضغوط واما الالات فتعقم في تنور بو بينـال المشتق من تنور باستور بالحرارة الجافـة واما يدا الجراح اللتان لا يمكن تعقيمها التعقيم الكافي واللتان تكونان في الغالب سبب العفونة فلا تلامسان الجرح بعد الان بل تلبسان القفازين المعقمين . وقـد استعمل بعض الجراحين هذه القفافيز في البدء ليقوا ايديهم بها من التلوث . واستعمال القفافيز المطاطة في الجراحة لا تقل اهميته عن اهمية كشف المحم .

كان ميكوليز يستعمل القفافيز دائماً في شعبته غير انه كان يستعمل منهـا قفافيز نسج غير كتيمة .

ويعود الفضل الى شابو (Chaput) الذي اوجد القفافيز المطاطة سنة ١٩٠٣ وسميت باسمه وهي ما نستعمله اليوم .

بقي جلد المريض الذي لا يستطاع تعقيمه بالحرارة وهذا لا بد في تطهيره من الالتجاء الى احد العوامل الكيماوية : واكثرها استعمالاً اليوم صبغة اليود التي يطلى بها الجلد الجاف وهي لا تفعل على ما يرجح الا بتثبيتها الجراثيم حيث هي ولعلها لا تفعل الا بما فيها من الكحول . غير ان فعلها محدود ولهذا كان علينا ان نلبس الجرح العملي رفادات طاهرة لنقيه عفونة الجدار التي يستطـاع حدوثها في سياق العملية .

والدور الذي يلعبه الهواء في تعفين الجروح ،هذا الدور الذي كان يعده الجراحون القدماء اساسياً ثم اهمله من اتى بعدهم يعود اليوم الى بساط البحث لان الجراحين الحاضرين يصنعون جهدهم لاخلاء قاعة العملية من الحاضرين وآخر نمط تمشي عليـه جراحة اليوم هو اجراء العملية في قفص من زجاج

يمكن الناظرين من روءية ما يجري فيه دون ان يلوثوا الجروح باحاديثهم وذهابهم وايابهم في القاعة ٠

فالتلوث المحتمل بالهواء يستدعي اذن الصمت في قاعة العمليات والاسراع في العمل الجراحي غير انه على الرغم من جميع الاحتياطات المتخذة لا يحق لنا ان نسلم بالطهارة المطلقة في آخر العمل الجراحي كما يفهمها الجراثيميون ٠ لان شق الجلد نفسه يحرر العوامل المرضية المندمجة في طبقاته السطحية فتأتي وتشرك عملها بعمل الجراثيم الاخرى المتساقطة من الهواء ٠ ومع ذلك فنحن نرى ان التقيح نادر في العمليات التي ندعوها طاهرة فما هو السبب ؟ ليست هذه الطهارة نتيجة مطهر كيماوي لان هذه المطهرات لا تفعل الا في السطح فقط بل ان الفضل في هذه الطهارة يعود الى الكرية البيضاء التي تفعل في العمق ايضاً ٠

لم تأت الحرب الكبرى الا ظهرت التعفنات العديدة القتاله التي كانت تظن الجراحة ان عهدها قد انقضى ٠ وبدت تلك العراقيل في تلك النسج التي كانت الرضوض الشديدة والقذائف المتفجرة تستل منها قابلية الحياة وتحكم عليها بالموت المبرم ففتح باب مضادات الفساد ثانية غير انه لم يلبث ان اغلق بعد ان ثبت عجزها واليكم البيان :

في الحروب الاولى (حرب البوير والحرب الروسية اليابانية وحرب البلقان) سنت الجراحة قاعدة كان يتبعها الجراحون في جبهات الحرب وكانت تقضي بتضميد الجرح تضميداً مضاداً للفساد ولفه بطبقة كثيفة من القطن ونقل الجريح الى مستشفى بعيد حيث كانت تجرى العمليات اللازمة له في جو هادىء ٠ وقد تبين ان هذه الخطة بعيدة عن السداد لان العراقيل المميتة كالكزاز والغنغرينا

الغازية وتعفن الدم كانت تظهر بسرعة وتميت عدداً عديداً من الجرحى فعدلت حينئذ تلك القاعدة وعاد الجراحون الى توسيع الجروح وتخفيضها واستعمال مضادات الفساد المتنوعة واحتدم الجدال على فائدة هذه المواد وقيمتها في التطهير ٠

ولم تدرس حينئذ خواصها المطهرة فقط بل درس ايضاً فعلها المؤذي للنسج واستنتج من هذا البحث ان هذه المواد المضادة للفساد متى امتزجت باخلاط الجسد فقدت خواصها القاتلة للجراثيم وآذت الخلايا الحية وكانت في كثير من الاوقات مسهلة للتعفن لا مضادة له ٠

فالسليماني يفقد خاصته المضادة للفساد بمواجهته للقيح والنسج ٠ ونترات الفضة والايود اللذان يتصفان بقوة قاتلة للجراثيم شديدة خارج الجسد لا يلائمان ابداً معالجة الجروح لانهما يخرشان النسج والفانول يتصف بقوة معقمة خفيفة فاذا استعملت منه محاليل قوية أملاً بتقوية فعله خرب النسج الطبيعية ٠

والماء الاوكسيجيني لا يفعل في الجروح الا فعلاً خفيفاً فهو يتحلل بملامسته للنسج والفعل الآلي الناجم من انبعاث الاوكسيجين تفوق قيمته قيمة الفعل المضاد للفساد حتى ازاء الجراثيم اللاهوائية والخ ٠

وصفوة الكلام ان صفقة مضادات الفساد لم تكن رابحة لانها لم تكن تمنع التعفنات عن الظهور ولا التعفنات بعد ظهورها عن ان تتابع سيرها ٠ ولهذا ظهرت في الجراحة محاليل من شأنها تقوية الدفاع الوضعي او عدم ايذائه: كالمصل الخلقي الذي يلائم حياة الخلايا ومحلول كلورور المغنزيوم بنسبة ١٢ في الالف الذي اشار به دلبه وهو محلول ينشط الخلايا البيضاء ومصل ريت القوي الذي ينظف الجرح

من الداخل الى الخارج باحداثه بطريقة التحال نتوحاً شديداً وقد تبين ان الاستشماس (héliothérapie) أشد نفعاً لانه يوسع الاوعية توسيعاً شديداً في المنطقة المشععة ويحدث نتوح المصل الذي يغسل الجرح من الباطن الى الظاهر.

ويظهر ان الكلور هو المادة الفضلى بين المواد القاتلة للجراثيم وهو يستعمل بشكل ماء جافال الممدد او ماء لابارك القديم العهد الذي كان يعدبين مخرشات النسيج · وقد اقر رأي دكان بعد ان فحص عدداً من المواد وقابل بين فعلها القاتل للجراثيم والمخرش للنسج الطبيعية على تحت كلورية الصوده المعدلة ومحلول دكان هو المحلول الذي يستعمله كرل طبقا لطريقة تضمن تجدده المستمر ودخوله لجميع منعرجات الجروح وقد تحسنت به معالجة جروح الحرب تحسناً باهراً ولا تزال هذه الطريقة مستعملة حتى يومنا ولا سيما في معالجة الجروح المتعفنة العميقة غير ان هذا المحلول قاتل للجراثيم بفعله المحلل للنسج التي لا قبل لها بالحياة لانها فقدت دورانها فهو يطهر الجرح لانه يزيل منه بيء الاستنبات الصالحة للجراثيم باذابته اياها وهو من جهة ثانية لا يعوق فعل كثيرات النوى لانه غير مخرش فمحلول دكان ينظف اذن الجروح تنظيفاً كيماوياً كما ينظفها تنظيفاً آلياً اما فعله في النسج السليمة فلا فائدة منه لان هذه النسج يجب ان تترك وشأنها لكي تجهز شروط دفاعها ومسألة الطهارة تقوم بهذا الامر وبه فقط ·

ولم تظهر الحقيقة واضحة هذه المرة الاحينما عادوا الى تعاليم المعلم الاكبر باستور ولم يشكوا فيها فقد قال باستور حين كلامه عن الجروح المعفنة بالضمات العفنة « · · · ولكن متى تركت في زاوية من الجرح خثرة دموية

واحدة او قطعة واحدة من اللحم الميت احدثت العوامل العفنة باقل من ٢٤ ساعة عدداً لا يحصى من الضمات كافية لاحداث تسمم دموي مميت بعد مدة قصيرة » . فكلامه هذا يدل دلالة واضحة على ان تطهير الجرح الحديث تطهيراً آلياً شرط قد انتبه له باستور (قطع النسج المرضوضة حتى النسج السليمة ، قطع النزف باعتناء فائق) هذه هي الطريقة الحديثة التي انزلت عن عرش مجدها مطهرات الفساد الكيماوية .

ولم تستعمل هذه الطريقة الا في منتصف السنة ١٩١٥ وهي تقوم باستعمال المقراض والمبضع وفقاً لقواعد الطهارة الدقيقة وهي وحدها كافية لازالة العامل المرضي الملقح به والاجسام الغريبة الملوثة وجميع النسج المرضوضة التي تصلح لان تكون مستنبتات للجراثيم وهذا ما دعوه التقشير (épluchage) او تنضير الجروح فبها يعاد الجرح الرضي جرحاً جراحياً واقعاً في نسج سليمة وتستطاع خياطته في اكثر الاحيان بعد تنضيره كما ان ندبه قد يكون بالمقصد الاول . ولسنا نعني بهذا ان المبضع والمقراض قد ازالا جميع الجراثيم الكائنة في الجرح بل انهما ازالا معظمها واعادا النسج في حالة دفاع حسنة فاكملت الكرية البيضاء العمل . وقد دلت الممارسة دلالة واضحة ان الجروح المعالجة بهذه الطريقة يسرع شفاؤها اكثر من الجروح المعالجة بالطريقة المضادة للفساد . ومنذ الوقت الذي عممت به هذه الطريقة نقصت مدة الاستشفاء في المستشفيات نقصاً كبيراً . فان الجروح التي كانت تعالج بالطرق المضادة للفساد كانت تبقى اسابيع واشهراً تاركة متى نجا المريض من الموت نواسير وعقابيل خطرة اما الجروح المعالجة بالطريقة الطاهرة

فلم تكن مدتها سوى ١٠ – ١٢ يوماً وهذا ما مكن فرنسة من ارسال ما لا يقل عن نصف مليون من جرحاها الى ساحة القتال في سياق سنة ١٩١٨ قبل الهدنة ·

ان هذا الاختبار قد قلب الجراحة بطناً لظهر ودك الاعتقاد بنفع مطهرات الفساد من اسسه وقد استنبط هذه الطريقة الجديدة : تنضير جروح الحرب وخياطتها البدئية الجراحون الفرنسيون وقد اقتبسها منهم جراحو البلاد الاخرى ·

وما يقال في جروح الحرب يطلق على بعض الجروح التي تحدث في زمن السلم ·

الصداعات (خلاصة موءتمر بوردو)

« ٣ »

للدكتور انستاس شاهين رئيس سريريات امراض

الاذن والانف والحنجرة

يجدر بنا قبل الخوض في شرح كيفية حصول الصداعات ان ننظر في الاسباب الداعية الى حصولها ٠

فعلم امراض العين يشغل مكاناً هاماً في درس الصداعات من حيث الخلقة المرضية ٠ ومن البديهي ان تفحص عيون كل مريض مصاب بالصداع وان لم تكن هناك من علاقة ظاهرة بين الصداع والعين ٠

ولا يكتفى ابداً بفحص قعر العين بل تفحص الوظائف الحركية العينية والساحة البصرية والخ ٠ للتأكد ما اذا كان ثمة آفة عينية وما اذا كانت ذات علاقة بافة مخية ام هي عينية صرفة ٠

فمن الافات العينية التي يمكنها ان تسبب الصداع نجد افات الحجاج وكرة العين وطرقهما الحسية وتلي ذلك مجموعة الاعراض الناجمة من اختلالات الانكسار ٠

اً — افات الحجاج : قد تبقى الالام موضعية ولا تتجاوز الحجاج بل تستقر في جانب واحد ولكنها غالباً تتعدى هذه الناحية وتصيب النواحي المحيطة

بالحجاج بشكل صداع . وتنتج هذه الالام من الامراض الاتية :

أ — اورام الحجاج . ب — رضوض الحجاج وعراقيلها . ج — ذات العظم والسمحاق (ذات السمحاق الافرنجية خاصة ترافقها آلام تحيط بالحجاج او صداعات حقيقية) .

د — افات محتوى الحجاج (ما عدا كرة العين) التهاب محفظة تنون (ténonite) والتهاب النسيج الخلوي الوقبي (cellulite orbitaire) وفلغمون الحجاج وجميع عراقيل التهابات الجيوب الحجاجية .

٢ً — التهابات كرة العين : ان التهابات كرة العين ولا سيما الحادة منها تسبب آلاماً وخوفاً من النور . وقد تستقر الالام في العين او الحجاج من الجهة المصابة ولكنها غالباً تكون بشكل صداع في النواحي المحيطة بالحجاج كالجبهة حتى اعلى قسم منها وفي الناحية الصدغية والخشائية حتى الناحية القفوية .

ومتى كانت اعراض الالتهاب خفيفة جداً فلم يأت المريض على ذكر أمرها الاعرضاً وكان يشكو صداعاً مستعصياً اصابه دون ان تنجع فيه الادوية المسكنة الكثيرة يذهب ظن الطبيب المداوي حينئذ مذاهب شتى مغفلاً التفتيش عن السبب الاساسي وظاناً ان الاعراض العينية ناجمة من ذات المنضمة البسيطة وان سبب الصداع افة في داخل القحف . ولو فتش هذا الطبيب لعلم ان ذات المنضمة البسيطة وذات الاجفان لا يرافقهما خوف من النور ولا صداع الا اذا تعرقلا بافات القرنية او بافات قعر العين (محتوى العين) لان افات كرة العين نفسها يمكنها ان تكون منبعاً للصداع .

فقد يكون الصداع مسبباً من افات طبقتي العين (القرنية والصلبة)

والاغشية داخل العين (القزحيةوالجسم الهدبي والمشيمية والشبكية) او من افات العصب البصري نفسه ٠

وتسبب بعض التهابات القرنية واخص منها قرحة القرنية المسببة من المكورات الرئوية الاماً شديدة ومنتشرة يرافقها ارق وخوف من النور ٠

وفي بعض الاشكال يكون الالم شديداً للغاية يرافقه انقباض الحدقة واحياناً يزداد الانقباض والالم كثيراً وقد دعي هذا الشكل بالتهاب القرنية ذي المصرة المؤلمة (kératite sphinctéralgique) تشبيها له بما يحصل في تشققات الشرج ٠

وتسبب التهابات الطبقة الصلبة الرئوية صداعاً قلما يظنه الاطباء مسبباً منها ٠ فيتغلب العرض ويغفل السبب ٠

ولا حاجة الى ذكر ما لالتهاب القزحية من الفعل في حصول الصداع ولا سيما متى رافقه التهاب الاجسام الهدبية فاشترا كهما يسبب صداعاً مؤلماً للغاية ٠

وليست الالام الحاصلة في التهاب كرة العين مسببة من العوامل الالتهابية فحسب بل لازدياد التوتر الداخلي دخل كبير في حصولها وهي آلام منتشرة وشديدة يصعب تسكينها ٠

وقد لاحظ موراكس ان آفات الطبقة المشيمية والشبكية الافرنجية تسبب صداعاً اشده في الناحية الحجاجية ٠

اما آفات العصب البصري فلا يرافقها صداع الا اذا تعرقلت باختلالات سحائية دماغية ٠

٣ً — ازدياد التوتر الحاد في داخل العين : هذا الداء يرافقه الم شديد للغاية ينتشر للجبهة والصدغ ويشغل غالباً منتصف الرأس حتى الرأس كله ٠ ومتى

اخذ الالم المريض في الليل نهض من فراشه مذعوراً دون ان يجد طريقة لتسكين المه بالمسكنات و يرافق الالم اقياء قد تكون شديدة و يضطر المريض وهو في انتظار التوسط الجراحي الى استعمال المورفين تخفيفاً لالامه ·

وقد تكون نوبة الالم مسببة من هجمة حادة في عين مصابة بالسعيقه (glaucome) المزمنة بدون اعراض ظاهرة مما تحمل غير الاختصاصي على التفتيش عن سبب الالم في غير مكان مهملاً العين الامر الذي يفضي الى العمى لتأخر التوسط الشافي ·

٤ً — اختلالات طرق الجهاز البصري الحسية :

تنتج من هذه الاختلالات العصابات الوجهية والعصابات (névralgies) فوق الحجاج · ونذكر من هذه الالام الاخيرة العصابات التي تعرقل شلل الزوج الثالث وهي علامة من تناذر[1] (syndrôme) الشقيقة والعصابات العرضية التابعة لورم خبيث او افة افرنجية او سلية كائنة في طريق العصب البصري او في عقدة غسر ·

اما الالام المسببة من اختلالات العصب الودي فقد ذكر عنها مونبران (Monbrun) ومدام بنيستي (Mme Bénisty) سنة ١٩١٦ تناذراً سببياً ناجماً من بعض جروح العين · وفي جميع الحوادث التي ذكرها هذان المؤلفان كان انفجار في العين حاصل من شظية قنبلة اصابتها ولم تبقِ منها شيئاً يذكر · اما هذا العرض المسبب من انفجار العين فيتصف بالام شديدة ذات صفات خاصة

---

(١) هذا اللفظ من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي

ترافقها اختلالات عقلية وافرازية ولا يحصل هذا العرض الا بعد الجرح باشهر كثيرة ٠

اما الالام فدائمة وتشغل نصف الرأس والوجه وقد تكون عامة ٠ وتتشعع للنقرة ويجدر بنا ان نذكر ناحية يأخذ فيها الالم شكلاً خاصاً وهي القمة ففي هذه الناحية يزداد احساس الجلد ويشعر المريض بوخز موءلم مع انجذاب يشبه الحال الحاصل عند مس هذا المكان بمجرى كهربي وقد يشعر المصاب بالعرض نفسه في اسفل الصدر ولا سيما في ناحية الشرسوف ٠

ومتى حصل الالم يشعر المريض في الناحية الموجعة نفسها بسخونة فيخيل له ان الناحية تحترق ويستمر هذا الشعور ما دامت النوبة التي قد تنجم من اقل جهد يصنعه المريض او من اقل انفعال يطرأ عليه ٠ ويصف المريض حس الاحتراق كأن الناحية ملتصقة بجمرة متقدة ويكون الجلد عندئذ احمر ارجوانياً ينصب منه العرق بغزارة ٠

وسنعود الى تعليل اسباب هذا الالم في باب كيفية حصول الصداع ٠

٥ً — اختلالات الانكسار :

تكون هذه الاختلالات منشئاً للصداع بدون ان تصحبها اعراض اخرى وعلينا في احوال الصداع الذي نعرف اسبابه معرفة تامة ان نفحص الانكسار في العين لئلا يكون فيه اختلال ذو دخل في تسبيب الصداع الذي يحدث لاقل اختلال في الانكسار :

واختلالات الانكسار هي كما يلي :

١ً — مد البصر (hypermétropie)

٢ً — الحسر (قصر البصر) (myopie)

٣ً — التفلطح (astigmatisme)

٤ً — اختلاف الانكسار في العينين (anisométropie)

والى جانب هذه الاختلالات لا بد من ذكر النظر الشيخي (presbyopie)

١ً — مد البصر : يجب ان يفكر قبل كل شيء في مد البصر الذي قد يخفى امره ولا ينتبه له اكثر من سائر الاختلالات ، فضلا عن انه اعم اسباب الصداع حدوثاً فيكفي تشخيصه لازالة الالم على الفور بواسطة العدسات المصلحة

اعراضه : يظن بمد البصر متى شكا شخص صداعاً شديداً وكان خالياً من مرض عام او موضعي ومن الافات العصبية السائرة المحدثة للصداع ومتى بزل قطنه فكان مائعه الدماغي الشوكي طبيعياً . وخابت فيه المعالجات جميعها الخيبة التامة . والمريض مع ذلك لا يلفت انظار طبيبه الى الجهاز البصري . لا بل اذا سئل اجاب « اني ابصر جيداً واتمكن من روءية الاشباح البعيدة . وقد كنت طياراً في اثناء الحرب . او انني الان صياد ماهر » .

فاذا استند الطبيب الى اجوبته واهمل علاقة الصداع بحالة البصر كان مخطئاً ولينتبه لكلام المريض القائل انه ينظر جيداً في البعد وربما في البعد الشاسع وليسأله عما اذا كان يتعب اذا نظر الى قرب مستنتجاً من هذا ، الخلل في وظيفة البصر .

وللصداع الناشىء من مد البصر صفات ومظاهر خاصة تحملنا على الاعتقاد بان الخاقة المرضية لهذه الالام الرأسية مرتبطة باختلالات الانكسار .

أً — الصداع والاعراض الاخرى المؤلمة : تكون هذه الالام في الغالب عميقة

رامحة مستقرة في العين او في قعر الحجاج غير انها الغالب تكون صداعاً حقيقياً مع حس سفود جبهي (barre frontale) او توتر في الصدغين (tension bitemporale) وا آلام في الخشائين تنتشر نحو الناحية القفوية والنقرة ·

و يحدث الصداع غالباً على اثر عمل قريب من العينين طويل المدة وعلى نور ضعيف · غير ان ظهوره يسرع في البالغين اكثر منه في الاولاد و يكون في اكثر الاوقات ملازماً ولا تخف مدته ولا يزول الا اذا قضى المريض عطلته الصيفية بعيداً عن اعمال مكتبه ملتهياً بصيد الاسماك والطيور · وقد يبدأ الصداع بنوب حادة مع دعث ودوار وغثيان واقياء احياناً · واكثر المرضى يعزون صداعهم الى وهن في المعى او خلل في المضم لان الصداع لا يصيبهم الا اذا اطالوا القراءة بعد الاكل ·

ولا تقتصر الاعراض على الصداع فقط فقد تخالطه اعراض كثيرة كرجفة او اختلاجات تشبه الصرع او رعاف لا سبب ظاهر له ·

وقد تحتقن حليمة العصب البصري فيظنها الفاحص ركوداً في هذه الحليمة فيذهب ظنه نحو الاورام الدماغية نظراً الى الصداع و ينحرف كثيراً عن التشخيص .

ومن الاعراض الموضعية احمرار اطراف الاجفان وهو عرض عنيد لا يزيله الا اصلاح البصر بالعدسات وقد يخالط هذا الاحمرار بثرات يطول امد شفائها · وما سبب هذه التقيحات سوى دلك المريض اجفانه عند شعوره بالتعب بعد قراءة طويلة ·

٢ً — الحسر : قلما يسبب الحسر الصداع وسندلي باسباب ذلك متى تكلمنا عن كيفية حصول الصداع ·

٣ – التفلطح : حينما يخالط مد البصر تفلطحه تظهر جميع الاعراض التي ذكرناها وقد تزداد شدتها عما هي في مد البصر البسيط · وتكون خفيفة للغاية في التفلطح المختلط بالحسر ·

٤ – اما اختلاف شدة الانكسار في العينين فينتج منه صداع موءلم وعنيد ·

٥ – ومد البصر في الشيوخ تحدث عنه اعراض كثيرة شبيهة باعراض مد البصر التي ذكرناها انفاً ولكنها اقل منها شدة واسهل شفاءً ·

« للبحث صلة »



تهذيب الالفاظ الطبية

للسيد عبد الحليم العلمي

مما لا مشاحة فيه ، ان لمعهدنا الطبي العربي ، اليد الطولى ، والقدح المعلى ، في اعلاء شأن اللغة العربية المجيدة ، وفي استعادة صرح مجدها ، وعصر ازدهارها التالدين ، سواء في ما صدر او سيصدر من مؤلفات اساتيذه الاعلام ، وتصانيفهم ورسائلهم ·

فانك والحق يقال ، لو اخذت اي كتاب طبي عربي وتصفحته ، لوجدت العبارة العربية الجزلة ، والكلمات اللغوية الفصيحة ، التي ربما دلت على معانيها اكثر مما تدل عليها الكلمات الافرنجية نفسها ، وهذا لعمري مما يثلج الصدور ، ويقوي العزائم ، وينهض الهمم ، ويلقم فم القائلين بعجزها حجراً ، ويفقأ في عيونهم حصرماً ·

غير انني والاسف اخذ مني مبلغه ، اسمع بين آونة واخرى ، تبلبلاً في السنة بعضهم ، اذ يأتون بالفاظ وكلمات حرفت عن مواضعها ، فلا هي اعجمية تعرف ، ولا عربية توصف · فآليت على نفسي ان اتطفل على موائد اللغة ، واقوم لتحرير هذه الالفاظ ، علي بذلك اكون قد قمت ببعض ما يجب عليّ نحو هذه اللغة المحبوبة :

ترجمت كلمة (hémostatique) بكلمتي « قاطع للنزف » والصواب رقوء لانه جاء في التاج الرقوء ما يوضع على الدم فيرقئه اي يجففه ، وكلمة (sphincter)

بالعاصرة تارة والمعصرة اخرى والصواب مصرة : مصرتا البول والغائــط هما اذا خرج الاذى تقبضتا . (القاموس المحيط)

وكلمة (rotule) بالرضفة والصواب الداغصة لان الرضفة معناها لقمة عظم الفخذ الوحشية او الانسية فقال القاموس : الرضف عظام في الركبة مضمومة كالاصابع واحدتها رضفة وقال : الداغصة [1] عظم مدور متحرك في رأس الركبـة . ومنها امساك الغائط والصواب حُصر ، ومنها ترجمة كلمـة (lordose) بالاقعنساس والصواب البزخ [2] لان معنى الاقعنساس التأخر والرجوع الى خلف ومعنى الـبزخ خروج الصدر ودخول الظهر والرجل ابزخ والمرأة بزخاء ، ومنها ترجمة (suppositoire) بالتحاميل وهذه لا تفيد المعنى المقصود وكلمة فِرامات (جمع فِرام) اوفى بذلك المعنى ، اذ الفِرام دواء تضيق به المرأة تضعه في فرجها ، ومنها المرضع (nourrice) لمن ترضع ولد غيرها والصواب عَلوق ، ومنها شريحة (lambeau) للقطعة اللحمية والصواب قرافة ، ومنهـا ترجمـة (emporte - pièce) بقاطع المادة والصواب قارمة [3] ، ومنها ترجمة (écharpe) بالمثلث والصواب وِشاح ، ومنها قولهم مرض متردد (يترك زماناً ويعود زماناً) والصواب مرض عداد .

---

(١) نبهنا الى هذه الكلمة منذ بضع سنوات (المجلة) (٢) و يرادفها الفطأ (المجلة)
(٣) وتفضل «المجوب» (المجلة)

****

كتب حديثة

١ً - اطروحه الدكتور جميل كبارة

اهدى الينا الزميل الفاضل اطروحته عن تركيب الاجفان النسيجي في اجنة الانسان التي قدمها لمعهد لوزان الطبي فاحرز بها لقب دكتور منه قرأناها فالفيناها كاملة لم تترك شيئاً عن البحث المذكور الا قتلته درساً وقد جاءت محققة للاستنتاجات التي أتى بها من سبقه الى هذا الدرس وسادّة للفراغ الذي تركوه. وقد استهلها بشكر اساتذته في المعهد الطبي العربي هذا الصرح الذي نشأ منه ونبغ فيه فكان الاول في اكثر صفوفه وانتظم في سلك الطبابة الداخلية فيه بعد ان حاز الاولية في الفحص . واننا نقدم له خالص التهنئة بمناسبة عودته من الديار الغربية واحرازه شهادات من كبار اساتذة امراض العيون ناطقة بسعة علمه وكثرة اختباراته في الشعبة المذكورة الذي قصد الى اوربا من اجلها وفقه الله واكثر من امثاله .

تركيب الاجفان في اجنة الانسان

لا يخفى ان الاجفان تظهر في مضغة الانسان نحو الاسبوع السادس كالتوائين جلديين في كل جهة ينميان من العالي والاسفل ولا تلبث حوافيهما ان تلتئم في المضغة التي بلغ طولها ٣٥ ملمتراً او ٣٧ ملمتراً . ويقع هذا الالتحام في الابتليوم فيكون صفحة متصلة ببشرة الجلد من جهة وبشرة المنضمة من الجهة الثانية وقد اطلق عليها اسم الشريط الجفني وتنشأ من هذا الشريط الحواجب وغدد مابوميوس ثم تتنخر خلايا هذا الشريط المتوسطة فينفصل الجفنان الى جفن علوي وسفلي . اما الحواجب فتنبو نحو نهاية الشهر الثالث ويتم في الشهر الرابع تكون غدد زايس

وهي انقاض الغدد الدهنية الملحقة بالحواجب ٠ وتنمو غدد مابوميوس في النصف الثاني من الشهر الرابع في جوار حافة الشريط البشري الباطنة ٠

بدأ شنك بالتقصي في هذا البحث عام (١٨٨١) وتبعه غرفبرغ (١٨٨٢) فكونغستين (١٨٨٤) فآسك (١٩٠٧— ١٩١٠) ونذكر فيما يلي موجز بعض النتائج التي حصل عليها المؤلف المذكور ٠

الاجفان ملتصقة في الجنين البالغ من الطول ٣٣ ملمتراً ٠ ويبدأ التحامها من الجانبين ثم يمتد الى القسم المتوسط ٠ وتتكون غـدد مول وزايس الدهنية من براعم الحواجب ٠ وافراز غـدد مابوميوس وزايس بكور ٠

ويتكون غضروف الجفن (tarse) من خلايا مزنشيمية مستقرة في القسم الخلفي من الاجفان ٠ ويقول كورنيغ في مؤلفه عن المضغة : ان الجفن السفلي يظهر قبل الجفن العلوي ٠ بمدة وجيزة (في الشهر الثاني) وان الشق الجفني يظل مفتوحاً حتى الشهر الثالث ويزول من الشهر الرابع حتى الولادة ٠

وان الاهداب تبدأ في الشهر الرابع وغدد مابوميوس في الشهر السادس ولا يذكر شيئاً عن العضلات المخططة والملساء وغضروف الجفن ٠

وقدلاحظ دو بير ان الاجفان تتكون منذ الشهر الثاني ٠ ويعتقد كونتينو خلافاً لغيره ان عدد الاهداب في الجنين والكهل واحد ٠ ويقول ويدال ان من الاهداب ما لا ينمو في الجنين بل يبقى مدفوناً ويبرز للنمو في سن الكهولة فيحدث الشعرة ولم يبحث المؤلفون عن جميع عناصر الجفن بل تركوا ثلمة سد فراغها زميلنا الفاضل بعد ان درس عدة اجنة مختلفي العمر وشاهد ما يطرأ على اجفانها من التبدلات اثناء النمو وما يظهر منها باكراً اومتأخراً ٠ نذكر فيما يلي خلاصة ابحاثه

فقد جاء بعضها محققاً لما ابداه المؤلفون ٠

تكون حافات الاجفان ملتحمة بشريط بشري يدعى الشريط الجفني ٠ ويعيض بعد حين عن الشريط المذكور افضية مستطيلة منحرفة تخترقها مخاريط اجربة الاهداب الاخذة بالنمو ٠

وسمك الجفنين متعادل في الاجنة الصغيرة ثم يكثف جلد الجفن السفلي اكثر من العلوي فيعود الجفن السفلي اكثف من العلوي واقصر منه ٠

وغضروف الجفن العلوي اشد وضوحا ونمواً من الغضروف السفلي ويتركب من طبقتين احداهما امامية تكثر فيها الخلايا والثانية خلفية رقيقة ليفاتها كثيرة ٠ تستقر غدد مابوميوس في الطبقة الامامية ٠

وتنغرس الاهداب صفوفاً وقد عد المؤلف منها خمسة في مقطع سهمي واحد تنشأ غدد مول وزايس من الانتفاخ المولد للغدد (كونتينو)

ويرى مبدأ تكون غدد مابوميوس في الجنين البالغ من الطول ٨ سم ونصف السنتمتر وتحتوي بشرة هذه الغدد على عناصر حبيبية ٠

تظهر عضلة مولر في جنين طوله ٨ سنتمترات ونصف السنتمتر وتكون حينئذ رقيقة جداً ٠

وفي بشرة المنضمة خلايا مخاطية (كاسية الشكل) وغدد عنبية مخاطية ٠

ويرى النسيج المرن في جنين طوله ١٧ سنتمتراً ونصف ويصبح في جنين طوله ٢٥ سم شبكة غنية ولا سيا حول جذور الاهداب ٠

الدكتور

شوكة موفق الشطي

تقويم البشير عن السنة ١٩٣٠

صدر تقويم البشير هذه السنة كما كان يصدر في السنوات الماضية متضمناً من الفوائد كثيرها ومن الابحاث جليلها فجاء برهاناً ساطعاً على ما يبذله حضرة العلامة الاب لويس معلوف من العناية في جمع مواده وتنسيقها تنسيقاً حسناً يسهل على المطالع الاستفادة منها وان من ألقى نظرة على تقاويم البشير منذ صدورها حتى يومنا يرى ان هذا المؤلف يتبع سنة الرقي فهو الان يضارع التقاويم الغربية بغزارة مادته واتقانه · فالى حضرة الاب اخلص شكرنا على هديته الثمينة لا زال للعلم عضداً ·

م · خ ·



الجزء ٢ المجلد ٧

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٠ م ٠ الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٨ هـ

انفكاك الشبكية [1]

واهمية التمزقات في احداث المرض ومداواته

Le decollement de la retine et ses déchirures

الدكتور جميل كباره الاختصاصي بامراض العين من معهد باريس

انفكاك الشبكية الذي لا يصادفه الاختصاصي الا نادراً في البلاد الشرقية مرض له مكانته الرفيعة في مبحث الامراض وما سبب قلة المستشفين فيه ندرة الاصابات به بل خلوه من الاعراض الظاهرة فان المصاب برمد بسيطاً كان او شديداً يهتم بدائه او من حوله به لاحمرار عينيه او لانزعاجه الخفيف فيهرع الى طبيب العيون يسأله العلاج الشافي ولكن الامر ليس كذلك في انفكاك الشبكية لان المصاب به لا يبدي عرضاً ظاهراً ولا يستلفت نظر من حوله اليه لبقاء

---

(١) ساخصص هذا البحث بقسم الانفكاك الشبكي الذاتي او الفجائي مع صرف النظر عن الانفكاك الذي يحدث بسبب رضي اوطفيلي او ورمي

عينه محافظة على شكلها الاول وقلما يهتم المصاب بامر نفسه ولا سيما اذا لم تكن اختلالات الروءية شديدة او كان المريض ضعيف الروءية من قبل بسبب الحسر الشديد الذي كان سائراً سيراً متزايداً فحسب المصاب ان الاختلال الجديد منه وانه لا مندوحة له عنه فلم يحفل به ولم يستشر طبيباً ٠

لم يعد انفكاك الشبكية التام والعمى النتيجة التي لا مفر منهـا لانفكاك الشبكية القسمي كما كان الامر في الايام المنصرمة بل ان الطرق الجراحية الحديثة التي سنأتي على ذكرها قد جاءت بما لم يكن ينتظره الاقدمون فشفت كثيراً من المرضى وحسنت حالة الاخرين تحسيناً كبيراً ٠

لا ارى حاجة الى ذكر اعراض المرض التي يجدها القارىء في كتب امراض العين كاختلال الروءية الفوري او السريع في اغلب الوقائع والحلقات الضيائية (phosphènes) او الوميض (éclaire) وروءية غيم يغشي قسماً من مسرح بصر العين المصابة وتغير الاشكال كروءية المستقيم منكسراً انكساراً غير منتظم سببه التوءآت الشبكية وغير ذلك من الاعراض الشخصية او المرئية بمنظار العين ٠

ان ظهور هذا المرض الفجائي اوالسريع و بدء العلة في ثاني الحوادث في قسم الشبكية العلوي توضحه الالتصاقات المرضية التي تقع بين الجسم الزجاجي والشبكية في المنطقة السفلى وقلة هذه الالتصاقات في المنطقة العليا الامر الذي يخضع الشبكية للجذب (تاركة الطبقة الصباغية التي ترتبط بالطبقة المشيمية ارتباطاً امتن من ارتباطها بالشبكية التي لا ترتبط بما تحتها من الطبقات الا حذاء حليمة العصب البصري والدائرة المنشارية « oraserrata ») وحصول التمزق فيها ٠

ان نظرية انجذاب الشبكية بالجسم الزجاجي الذي طرأ عليه بعض التبدلات

النسيجية هي النظرية الوحيدة التي يمكن قبولها في تكون الانفكاك ، [1]

فالشد الذي يؤثر في وجه الشبكية الامامي يحدث في اكثر الحالات تمزقاً ان لم يكن في جميعها ففي في اجزاء الشبكية الضعيفة ولا سيما الكائنة بين دائرة استواء العين والدائرة المنشارية تلك النقاط التي تسوء تغذيتها في الغالب او التي اضعفتها التهابات العنبة الاستوائية المزمنة افرنجية كانت او سلية او ناجمة من استحالات اخرى اصابت قسم العين الامامي مشتركة مع التوسع والتمدد الطارئين على العين المصابة بالحسور الشديد او بالتبدلات الناجمة من الشيخوخة [2] .

ويقول الاستاذ غونن (M. J. Gonin) من لوزان « لا يحق لنا ان نعد انفكاك الشبكية الذاتي او انفكاكها في الانواع الاخرى عدا الانفكاك الرضي مرضاً مستقلاً يصيب الشبكية وحدها بل علينا ان نقر باشتراك طبقات العين الاخرى معها » (من اراد التفصيل فليراجع تقرير الاستاذ غونن المقدم لجمعية امراض العيون في باريس سنة ١٩٣٠) .

<u>تمزقات الشبكية</u> : استأذن القارىء في وقوفي قليلا عند وصف هذه التمزقات

---

(١) وقد دعم هذه النظرية ما قاله جان غلوا (M. Jean Gallois) « وهو مصاب بانفكاك شبكية احدى عينيه » في الاجتماع العام الذي عقدته جمعية امراض العيون الفرنسية سنة ١٩٢٨ وخلاصته انه شاهد من المصابين بانفكاك الشبكية لدى فحص الجسم الزجاجي طبقة طبقة بالمنظار الكهربي وبالخيال المستقيم ان تكثفات الجسم الزجاجي السابحة فيه تشبه لييفات دقيقة ثابتة عمودية على النقاط الاكثر ارتفاعاً من الشبكية المنفكة وان امالنا لكبيرة بان الفحص بالمجهر الحيوي (biomicroscope) المعروف بالمصباح الشقي (lampe à fente) سيزيد هذا الامر وضوحاً لان فحص العين الحية به اكمل وادق .

(٢) اذكر مشاهدة تدعم هذه النظرية وهي انه جاء مستشفى لاريبوازيار في باريس

لانها بيت قصيد هذا البحث فهي ترى غالباً في المنطقة الاستوائية للعين او بالاحرى بين المنطقة الاخيرة والدائرة المنشارية الامر الذي يعيد تشخيصها مستصعباً او مستحيلاً في بعض الاحيان بدون توسيع الحدقة توسيعاً كبيراً او تاماً كافياً لروءية الدائرة المنشارية نفسها احياناً ٠

اما سعة هذه التمزقات فتختلف كثيراً فقد تشبه لصغرها نقطة نزف صغير وكثيراً ما تلتبس بها او ان سعتها تعادل نصف الحليمة وهذه كثيرة الحدوث وقد شاهدت منها في مستشفى لاريبواز يار ما كان يمتد من قرب اللطخة الصفراء الى قرب الدائرة المنشارية وشاهد الاستاذ غونن حادثة كاد التمزق فيها يشمل الشبكية جميعها الا ان هذه الحوادث نادرة لا تجدي مداواتها نفعاً واكثر ما يصادفه المتمرن الشقوق الصغيرة التي يصعب احيانا تحريها وكشف موقعها ٠

اما اشكالها فتختلف حسب اتساعها فمنها ما يشبه فرجة بسيطة او مثلثة او

السنة الماضيه شاب اسمه غر يفور يوس وهو ملاكم اعزب يشتكي خللاً ونقصا فجائياً في روءية العين اليمنى بعد ان اصيبت عينه اليسرى اثناء التمرين بلكمة فبعد ان عاينت عينه اليسرى ووجدتها سليمة الا بعض مناطق التهاب المشيمية المحيطي الخفيف فيها عدت الى عينه اليمنى التي توءلمه فرأيتها مصابة بانفكاك الشبكية في نصفها العلوي وكانت الشبكية تتموج امام جيب كبير وقد شاهدت التمزق الهلالي الشكل يحيط بقرافة (lambeau) كانت تموج في الزجاجي في القسم العلوي منه وتبعد عن الدائرة المنشارية زهاء اربعة امثال الحليمة وصادفت تكثفات في الجسم الزجاجي ومناطق التهاب المشيمية المزمن اكثر مما في العين اليسرى ٠ هذا مثال اذكره لادعم به نظرية القائلين بان التمزق يقع في مناطق ضعيفة من الشبكية ، فالصدمة على العين اليسرى لم تحدث فيها تمزقاً ولا انفكاكاً شبكياً بل احدثت ذلك في العين اليمنى ٠

دائرية ومنها ما يشبه هلالاً او نعل فرس ويحدد قرافة تتموج في الجسم الزجاجي وهذا كثير الوقوع ·

ويعرف التمزق بلون قعره الاحمر الكدر الذي يشبه بحمرته نقطة نزف وسخة او لون القعر الطبيعي في بعض الاحيان ويتميز عنه بخلوه من شعب الاوعية المركزية الشبكية ، وتحيط به حافات سنجابية هي حافات الفرجة الملتوية على نفسها وقد يرى من خلاله ارتسام اوعية المشيمية التي تعرف باوصافها الخاصة ·

كثيراً ما يجتنب التمزق وعاء فيمر به مروره بجسر يرى جلياً ويمكننا تشبيه هذه الحالة بما نراه في بعض الكهوف السلية في الرئة حيث يجتاز احد الاوعية الكهف من جداره الواحد للاخر ·

وتصادف التمزقات غالبا في الاقسام العليا لقعر العين حيث يشاهد بدء الانفكاك الشبكي بكثرة وقد يرى اكثر من تمزق واحد حين فحص القعر حتى انهم شاهدوا اربعة تمزقات في عين واحدة الامر الذي يدعونا الى فحص القعر جميعه وتحري التمزقات الاخرى بعد ان نكون قد عثرنا فيه على التمزق الاول فيحق لنا حينئذ ان نجزم بان الشبكية مصابة بتمزق واحد فقط [1] ·

وكثيراً ما يرشدنا المريض نفسه الى المنطقة التي يقع فيها الشق متى كان نبيها واجابنا عن الجهة التي رأى فيها الوميض الذي ذكرناه في مقدمة هذا البحث لان رؤية الدوائر الضيائية ينجم من انجذاب الشبكية المسبب من انكماش الليفات الزجاجية المذكورة وما الوميض الا نتيجة التمزق فاذا رأى المريض الوميض في

---

(١) وهذه التمزقات كثيرة الحدوث لا تكاد تخلو عين منها فقد ذكر الاستاذ غونن في نشرة اذاعها سنة ١٩٢٨ انه صادف التمزقات في ثلاث وخمسين حادثة من ستين ·

الاسفل كان علينا ان نتحرى الشق او الانفكاك في الجهة العليا من قعر العين ·

طريقة الاستاذ غونن في مداواة الانفصال :

تقوم عملية الاستاذ غونن التي بدأ بتطبيقها منذ زهاء سنة في باريس واجريت للمرة الاولى في مستشفى لاريبوازيار بكيّ محل التمزق بالمكواة النارية (thermocautère) واهم شيء في العملية وادقه هو تعيين النقطة التي توافق محل التمزق الشبكي في سطح العين الخارجي ولذلك يقاس بعد الشق عن الدائرة المنشارية وان كانت مشاهدتها مستحيلة فعن اقصى نقطة يمكن كشفها بالمنظار البسيط والخيال المعكوس والوحدة القياسية هنا هي سعة حليمة العصب البصري فيقال ان الثقب يبعد عن الدائرة المنشارية اربعة ابعاد الحليمة مثلا ولما كنا نعلم ان مساحة الحليمة ١،٥ ملمتر يضاف اليها ٧ ملمترات بعد الدائرة المنشارية عن حافة القرنية واذا لم نتمكن من رؤيتها لدى الفحص اضفنا اليها ٨ ملمترات فكان بعد الثقب حسب هذه العملية الحسابية ٤ × ٥ ، ١،مم + ٨ مم = ١٤ ملمتراً عن حافة القرنية ·

وتعين دائرة نصف النهار العينية التي تمر بالثقب بنقطتين على حافة القرنية يمر الخط الممتد بينهما من مركزها ويرى التمزق بمنظار العين على امتداد هذا الخط · والنقطتان المذكورتان يشار اليهما بابرة في رأسها صباغ ثابت كمحلول زرقة المتيلن الكحولي بعد تقطير قطرتين من محلول الكوكائين لتخدير العين ·

كل هذه الاستحضارات تجرى قبل العملية · .

واجراء العملية يستدعي تطهير العين حسب الطرق المعروفة وتخديرها بحقن محلول النوفوكائين تحت المنضمة في المنطقة التي توافق التمزق وتؤخذ قرافة من

المنضمه بشكل نعل الفرس يتجه تقعرها الى القرنية فتجرد الطبقة الصلبة و يوضع خيطان يمر كل منهما بطرفي شق المنضمة ليربطا بعد اتمام العمليـة ، واذا كانت النقطة المطلوبة من الصلبة تحت احدى عضلات العين ، المستقيمـة العلوية مثلا تبعد بمحجن حول او خيط وتعين النقطة بفرجار معـدني معقم يفتح ١٤ مامتراً مـع مسطرة معدنية وتوضع نقطة على الصلبة في دائرة نصف النهار التي عيناها سابقاً يبعد فتحة الفرجار ثم تبزل هـذه النقطة بمشرط دوغرف (De Graef) المستعمل في عمليات الساد و يدار المشرط بعد ادخاله ٩٠° درجـة وذلك لتفريغ قسم المائع المنحصر بين المنطقة المنفصلة والمشيمية و يسحب المشرط و يدخل رأس المـكواة النارية الدقيق حتى الشبكيـة المنفصلة وتكوى و يعقد الخيطان اللذان وضعا سابقا على شفتي جريحة المنضمـة ثم تفحص العين وتضمد ولا يفتح الضماد قبل اليوم الثالث او الرابع و يضجع المريض على ظهره بدون وسادة و يخفض رأسه و يكون موضع الثقب الى الاسفل فيضغط الزجاجي بثقله المنطقة المنفصلة و يسهل الالتآم بوضع حسن [1] .

قبلت طريقة لوزان هذه منذ سنتين في فينا و بدأ الاستاذ ليندنر (H. Lindner) باستعمالها قبل باريس وقد اعارها الاهمية التي تستحقها وادخل عليها بعض التعديل وذلك بقياس بعد ثقب الشبكية وتعيين موضعه وارتسامه على الصلبة بطريقـة هندسية تقوم بقياس فرجة الزاوية المحصورة بين المحور البصري والخـط الذي يقطع المحور و يمر بالثقب وعين الفاحص ثم تحويل هذه الزاوية بطريقة حسابية

---

(١) و يفحص قعر العين بعد زهاء اسبوع فاذا وقع الكي على الثقب وكان صغيراً ترى مكانه ندبة بيضاء مصفرة وتكاثف القسم الموافق للكي من الزجاجي تكاثفا يشبه آح البيض .

الى بعد الثقب عن حافة القرنية بالملمترات ولتسهيل الحساب رسموا جدولاً فيه خط منحن اشبه بجدول قياس ضغط العين لشيوتز (Schiotz) تقرأ بـه بمقابل فتحة الزاوية الابعاد بالملمتر ·

وقد اضافوا تسهيلا لقياس هذه الزاوية الى القسم القريب من العدسة العينية لمنظـار غولستران (Gulstran)[1] قطعة معدنية بشكل نصف دائرة مدرجة شبيهة بمقياس ساحة الروءية (pèrimètre) تتحرك حول ساق المنظار الافقية كتحرك المقياس وعليها نقطة مضاءة بالكهرباء تتزلق على طول القوس ·

يبدأ اولاً بفحص قعر العين والعثور على التمزق فبينما يشاهـد الفاحص بالمنظار الثقب يعتني مساعده بتدوير القوس حول المحور الافقي وتحريك النقطة المضاءة الى ان تقع على محور المريض البصري ويراها واضحة لارتسام خيالها على الشبل الاصفر فتقرأ الدرجة على القوس وهي فتحة الزاوية المطلوبـة وميل تلك القوس عن الوضع الافقي يبين لنا دائرة نصف النهار التي تمر بالثقب ·

---

(١) هو منظار يمكننا من فحص قعر العين مكبراً ولا تزعج الفاحص به الانعكاسات الضيائية لانه يفحص قعر العين من خلال منطقة ظليلة من الحدقة لا يوءثر فيها النور الداخل من الجانب ويمكننا بهذا المنظار ان نميز الانخفاضات والبارزات الصغيرة في قعر العين لشدة التكبير ولامكان الفحص بالعينين معاً ·

ولا ننكر ان روءية الحليمة والقطب الخلفي لقعر العين هو غاية مانرمي اليه في هـذا الجهاز فبه نرى التمزقات الواقعة في القسم او النصف الخلفي للقعر بوضوح تام ولكن فحص المنطقة الاستوائية والدائرة المنشارية صعب جداً او مستحيل فكم من ثقب محيطي نستطيع روءيته بسهولة بالمنظار البسيط والخيال المعكوس ولا نستطيع اليه سبيلا بمنظـار غولستران حتى بالمنظار الكهربي البسيط الذي يمكننا من روءية قعر العين بالخيال المستقيم مكبراً ·

ويستدعي اجراء العملية اولاً تعيين دائرة نصف النهار على العين وقد اخترع الاستاذ ليندنر قطعة معدنية صغيرة بشكل دائرة مدرجة ذات قياسين الاول منهما توافق دائرته محيط قرنية صغيرة الحجم والثاني اكبر منه بقليل ، فمتى وضعت هذه الآلة حول القرنية احاطت بها تماماً فتثبت بخياطتين في نهايتي محور القرنية الافقي اي في الساعة III و IX وفي هذه الالة الصغيرة مشعرٌ معدني طوله ٢ — ٣ سم سهل الانثناء يدور حول مركزها الذي يوافق مركز القرنية فيدار هذا المشعر المستقيم حتى تتكون الزاوية في الدرجة المطلوبة لتعيين دائرة نصف النهار والتي وجدناها سابقاً فتخدش حافة القرنية خدشاً صغيراً بمشرط دوغرف في ذلك المكان ويلون بمحلول الفلئور يسيين (fluorisséine) ليظهر فلا يبقى سوى فتح الفرجار بطول القياس الذي وجدناه في الجدول للحصول على النقطة المطلوبة من الصلبة الموافقة للتمزق ·

والعملية لا تفرق عن عملية غونن سوى بالزمن الاخير وهو بعد استحضار القرافة على الطريقة المذكورة وتعيين النقطة المطلوبة تبزل العين فيها بمشرط دوغراف لاخراج المائع المتراكم تحت الانفكاك : تدخل ابرة المكواة الكهربية (galvanocautère) وهي باردة وتحمى بعد ان تكون دخلت العين ويقطع التيار الكهربي ١٥ ثانية في اثنائها تحرك الابرة حركات جانبية ليكون تأثيرها اعم ثم تنزع وتتمم العملية كما في السابق ·

ان قياس الزاوية التي ذكرناها سابقاً والمتكونة بين المحور البصري والخط المار بالثقب بالجهاز المذكور صعب جداً ويستحيل متى كان التمزق في الجهة الانفية لقعر العين لاننا بينما نشاهد الثقب لا يتمكن المريض من رؤية النقطة

المضاءة على القوس الدائري التي يحجبها الانف لانها تكون في الجهة المعاكسة للعين المفحوصة ولهذا قام غويست (H.Guist) المساعد الاول للاستاذ ليندنر واخترع جهازاً ادق من الاول موءلفاً من قوس هلالية فيها منظار كهربي يتزلق عليها بمقدار ١٨٠° درجة وهذه القوس تدور حول محور كدوران نصف دائرة مقياس ساحة الروءية فيحدق المريض في مركز هذا الجهاز على نقطة مضاءة بينما الفاحص يزلق منظاره على القوس حتى يرى التمزق ويدار الرأس يمنةً او يساراً اجتناباً لاحتجاب التمزق خلف بارزة الانف على ان تبقى العين محدقة في المركز تماماً كما في السابق لكشف الجهة الانفية من الشبكية بالمنظار وقياس الزاوية المتكونة والمطلوبة ، تبقى عين المريض في هذا الجهاز ثابتة اما الفاحص فيحرك منظاره بعكس ما ورد في الجهاز الاول ·

ان هذه الطريقة الهندسية منطقية الا انها صعبة التطبيق جداً لان الثقب الصغير الذي يراه الفاحص اولاً تصعب عليه روءيته ثانية في الفحوص المتعاقبة ولو بعد دقائق ·

وعراقيل هذه العملية سواء كانت عملية غونن او ليندنر قليلة جداً وقد ذكروا هجمة السعيقة (غلوكوما) بعد العملية ولكن هذا يجب ان يعزى الى قطرة الاتروبين التي استعملت قبل الفحص والى استعداد المريض الشخصي لا الى العملية نفسها ، وذكروا ايضا نزفا عم الجسم الزجاجي وما ذلك الا حين اجراء العملية في منطقة الاوعية الكبيرة للعين كالاوعية الملتوية التي يجب تجنبها ، ومن محاذير العملية التفاعل الذي يرى احياناً في الزجاجي والحدث لتكثفات او لوذمة فيه تعكره برهة من الزمن وهي تشاهد في عملية غونن لكبر المكواة اكثر مما تشاهد

في طريقة فينا (Vienne) ومن المحاذير ايضاً انحراف الكي عن التمزق وهو يصادف كثيراً ولا سيما في طريقة الاستاذ ليندنر لصغر حجم المكواة التي يستعملها ·

وقد حدث للاستاذ غونن نفسه ان اضطر الى اعادة العملية ثانية وثالثة للوقوع على الثقب ، واذا وقع الكي قريبا من التمزق كانت النتيجة حسنة لانه يوءثر في ساحة بعدها عن نقطة الكي ١،٥ - ٢ مم واما اذا كان ابعد من ذلك فيضطر الجراح الى اعادة القياس والعملية والقياس اسهل هذه المرة لان روءية الندبة وقياس بعدها عن التمزق يمكاننا من الوقوع على الثقب وانني ارى نظراً الى الانحراف عن الثقب احيانا والاضطرار الى اعادة العملية والى جسامة راس المكواة المستعملة في طريقة لوزان وتوليده تفاعلاً في الزجاجي لا يهمل امره ومشاهدة التهاب قزحي هدبي ناتج من التخرش الذي يحدثه كبر حجم المكواة ان تعدل العملية على الوجه الآتي :

يعين بعد التمزق كما في طريقة لوزان لانها لا تستوجب اجهزة ضخمة خاصة وهي سهلة على المتمرن و بعد قطع قرافة المنضمة وتعيين موقع التمزق [1] بنقطة صباغية على الطبقة الصلبة يجرى البزل فالكي بالمكواة الكهربية الدقيقة بعيداً عن النقطة المذكورة وفي ثلاث نقط تحيط بها و يكتفى باثنتين اذا خشي الجراح خروج قسم كبير من الزجاجي الذي لا بد من خروجه مهما كانت الطريقة المستعملة وهو امر بسيط لا يعبأ به متى لم يكن الضياع كبيراً ، وتربط الخيوط التي تقرب

---

(١) يعتنى بجعل النقطة التي ستجرى عليها العملية في الاعلى فاذا ار بـد التوسط لسد تمزق في المنطقة السفلي للعين يجعل الرأس منخفضاً ما امكن خشية خروج قسم كبير من الزجاجي

شفتي القرافـة و يضمد الجرح و يعامل كما في بقية الطرق [1] .

تفضل هذه الطريقة طريقة لوزان بامور عديدة :

اولاً بكون المنطقة التي يوءثر فيها الكي واسعة والوقوع على التمزق او حصره يكاد يكون محققاً الامر الذي يجعلنا في مأمن من اعادة العملية .

ثانياً بكون الصدمة المرضية اخف لان الكي في نقطتين او ثلاث نقط بالمكواة الكهربية الدقيقة لا يساوي الصدمة والتفاعل الناجمين من رأس المكواة النارية مهما كان صغيراً ولكنني اكرر القول بوجوب المحافظة على الجسم الزجاجي لئلا تخرج منه كمية كبيرة وهذا الامر يتوقف على انتباه الجراح وسرعة العمل .

وهي تفضل ايضا طريقة فينا التي تكوى بها نقطة واحدة بمكواة كهربية صغيرة الحجم وقلما يشمل الكي فيها الثقب لان الوقوع خارج الثقب اكثر من الوقوع عليه لنقص الطرق المستعملة في القياس ولو كانت الطريقة المتبعة في الحساب هندسية لاننا لا نتمكن من الحصول على النقطة الكائنة على الصلبة والموافقة للتمزق نظراً الى حصول التوآت عديدة في الشبكية المنفصلة والمائجة في الزجاجي وتقدم الثقب او تأخره بسبب التموجات البسيطة الامر الذي يجعل ارتسامه على الصلبة متحولاً ايضا .

وصفوة القول ان هذه الطرق المستعملة يشترط في نجاحها ان يكون الانفكاك الشبكي حديثا ما امكن لان الطريقة لا تنجح في الانفكاك الذي قدم عهده وحصلت فيه التصاقات جديدة تثبت شكله من جهة ولان الشبكية المنفصلة يقل حسها بمرور الايام وقلما تستعيد حسها الاول ولو عادت الى مقرها الطبيعي .

---

(١) يسمح للمريض بالجلوس بعد الاسبوع الاول من العملية .

ومن يلقي نظرة على الاحصاآت التي نشرها الاستاذ غونن يرى بوضوح ان النجاح كان حليفاً له في الحادثات التي لم تتجاوز مدتها الشهر وكلما قدم الانفكاك كان الشفاء التام وعودة الروءية الى حالها السابق مستصعباً وكانت نتائج العملية قليلة ويمكن القول ايضاً انه لا فائدة من تطبيق احدى هذه العمليات على انفكاك تجاوزت مدته السنتين ·

وصفوة القول ان التمزقات الشبكية هي السبب الاساسي في احداث المرض ويجب ان توجه المداواة اليها وان تسد باحدى الطرق المتبعة ان لم تكن واسعة جداً ·

اما اذا لم نتمكن من العثور عليها فنكتفي باجراء الكي بالمكواة الكهربية بعد بزل الصلبة في المنطقة التي توافق المقطة الاكثر ارتفاعاً من الشبكية المنفصلة بغية احداث التصاق الشبكية بالمشيمية كما هو الحال في طريقة المسيو صوردي [1] (نانت) ·

---

(١) يداوي المسيو صوردي كل انفصال شبكي بطريقته التي تقوم باحداث التصاق ندبي بين الشبكية وما تحتها في النقاط المنفصلة دون الاكتراث في التمزق ولكنه يستعمل احياناً بدل المكواة الكهربية مشرط دوغرف فيدخله العين ويوصله الى الشبكية فيشقها ليحدث بين ندبتها وندبة المشيمية التصاقاً يضمن شفاء الانفكاك ويترك المريض مستلقياً على ظهره اسابيع عديدة الامر الذي ينهك قوى المريض ولا سيما اذا كان مسناً (والمرض كثير في الشيوخ) ويسبب له عراقيل صدرية تهدد حياته ·

بيد ان الطرق التي ذكرناها آنفاً لا تترك المريض مستلقيا على ظهره اكثر من اسبوع واحد ·

سرطان الثدي

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

السرطان قليل في دمشق غير اننا على الرغم من قلته نرى في سياق كل سنة بعض حوادث منه في الثدي · ولا تأتي المريضات الينا الا متاخرات بعد ان تكون مرت برهة على سير سرطانهن واصبح التشخيص سهلاً واضحاً لكل عين والمعالجة قليلة النفع فكنا نستأصل الثدي في جميع هذه الحادثات على الرغم من قدمها لانه الواسطة الوحيدة التي يرجى منها نفع وكانت المريضات يغربن عن اعيننا ولا نعود نرى لهن وجهاً ولا نعلم عن حالتهن امراً · نقول هذا لنبين ان وضع الاحصاآت ضرب من المحال · وبما اننا لا نتمكن الان من ابداء رأي خاص عن البقعة التي نحن فيها نرانا مضطرين ان نستفيد من الاختبارات التي اجراها سوانا في بقع اخرى · فهذا الاختبار يدلنا ان سرطان الثدي في المرأة وخيم خطر يميت صاحبته بعد مدة متفاوتة الطول وربما اماتها بعد ١٨ شهراً · وهذا الاختبار يبين لنا ان السرطان اذا شخص في بدئه وعولج معالجة حسنة فسح للمريضة اجلاً لا يقل عن ٨ — ١٠ سنوات وربما اكثر · فالتبكير في تشخيص السرطان توصلاً الى فائدة المعالجة سواء اكان السرطان في الثدي او في بقعة اخرى امر يترتب على كل ممارس ان يجعله نصب عينيه و يبشر به سواه·

ولهذا كانت غايتي من هذه العجالة الآن الكلام عن تشخيص السرطان

البكور ومعالجته ·

فلنترك اذن جانبا السرطان المتقرح النازف ذا الحوافي المرتفعة المحاطة بجلد محدب وذا القعر المغطى بالبراعم النتنة لان تشخيصه لا يخفى على احد ولانه يكون قد سار سيراً طويلا قبل ان يصل الى هذا الحد ·

ولنتكلم عن السرطان في بدئه : يبدأ السرطان بورم صغير تكشفه المرأة صدفة في ثديها متى كانت تراقب نفسها مراقبة حسنة · وهذا هو افضل زمن لاجراء التوسط الجراحي فاذا استشارت حينئذ طبيباً ماهراً فارشدها الى الطريق الذي يجب عليها السير به نجت من شر هذا الداء وربما كانت نجاتها طويلة المدة ·

اما اذا استشارت من يداويها بالمراهم ويخيفها من التوسط الجراحي الذي لا بد منه فيسير المرض سيره وينفق المريض ما في جعبته بدون فائدة · ومتى وصل المرض الى دور الانتشار ويئست المريضة من الشفاء اذعنت اخيراً وجاءت الى الجراح · فيجري لها مع ذلك عملية جراحية ملطفة اذا كانت لا تزال ممكنة ليخفف عنها آلامها ويعيد الايام الاخيرة من حياتها اخف وطأة عليها فتترك المريضة المستشفى وتنزوي في بيتها حيث تموت بعدبضعة اسابيع او اشهر · ومدة سرطان الثدي الوسطية ١٨ — ٢٤ شهراً فاذا كان في وسع الجراح ان يؤخر سيره فقط يكون قدأدى الى المريضة خدمة جليلة فكيف به اذا قضى على المرض القضاء المبرم ·

ما من يجهل كيفية انتشار سرطان الثدي فهو بعد ان يبدأ في نقطة مفردة من الغدة لا يلبث ان يستولي عليها جميعها متجها فيها اتجاهات عديدة ولو بدت للعين سليمة فان المجهر يكشف في نسجها نوى سرطانية خبيثة وهذا ما يملي على

الجراح القاعدة التي يجب عليه اتباعها في معالجة سرطان الثدي نعني بها استئصال الغدة برمتها ·

والنسيج المجاورة تصاب بسرعة ايضاً فان ارتشاح قنوات اللبن يعلل لنا انكماش الحليمة واصابة النسيج الخلوي يعلل لنا التبطن الذي يصادف في الثدي ومتى وصل الداء الى البشرة كان التقرح على قاب قوسين او ادنى ·

و يسير السرطان عمقاً فيعم صفاق العضلة الصدرية الكبيرة ثم العضلة نفسها ومتى بلغ هذا الحد عاد السرطان ملتصقاً بما تحتــه وسار الى الصدر فلم يسلم من شره جدار الصدر والاضلاع وغشاء الجنب ، ثم ينتقل بعيداً بالمجــاري البلغمية الى العقد ·

لا يخفى ان مجاري الثدي البلغمية تنصب في عدة زمر عقديــة غير ان الزمرة التي تصاب اولاً هي عقد ما تحت الابط وتليها عقد ما فوقــ الترقوة · ومتى وقع السرطان في القسم العلوي الايمن من الغدة كانت اصابة العقد فوقــ الترقوة وتحتها ممكنة دون ان تصاب عقد الضبن وهذا ما يجب الانتباه له ·

ثم يكمل السرطان سيره فبعد ان يعفن العقد تسير في مجاري البلغم او في اوعية الدم سدادات فتعفن البنية جميعها وتستعمر احدى نواحيها واننا نذكر هذه النواحي حسب كثرة اصابتها غشاء الجنب (انصباب دموي فيه) الرئة (سعال زلة) الكبد (حبن) العمود الفقاري (عصاب وركي ، كساحة موءلمة) العظام (كسور فورية) ويموت المريض اخيراً مدنفاً اذا لم تطرأ عراقيل عفنة او انزفة فتقضي عليه ·

فكل هذه الاعراض التي ذكرتهـا لا تحدث اذا عولج السرطان ـــ في

بدئه ويقع عبئها على الطبيب اذا ما أتته مريضة في بدء مرضها مصابة بورم صغير في احد ثدييها فأهملته ولهاها بمعالجات لا طائل تحتها . على الطبيب ان يلاحظ سن المريضة فاذا كانت دون الثلاثين يرجح الورم السليم على الخبيث كالورم الغدي او الغدي الليفي واما اذا كانت في جوار الضهى (ménopause) فعليه ان يعين بدون اهمال طبيعة المرض .

وعليه ان يدقق جيداً في كيفية ابتداء الآفة وما اذا كانت التهاباً مزمناً قد عقب الولادة او الارضاع . وان يلاحظ السير وما اذا كان الورم يكبر حجمه بسرعة بعد ان كشفته المريضة او انه على العكس من ذلك ثابت لا يتغير .

ولتفحص المريضة بعد ان تعري صدرها جميعه ويظهر ثدياها لكي تستطاع مقابلة احدهما بالاخر لان الثدي المريض قلما يكون معادلاً للثدي السليم. ولينظر في الحليمة وما اذا كانت منكمشة او سرّاء وانكماش الحليمة كما ذكرت آنفاً سببه ارتشاح قنوات اللبن وهو علامة كثيرة الحدوث وقد تكون بكورة غير انها قد لا تظهر ولكن انكماش الحليمة ليست خاصة بالسرطان لانها تصادف أيضاً في التهابات الثدي المزمنة وربما كانت الحليمة مبتلعة خلقةً . فاذا كانت الحليمة منكمشة فعلى الطبيب ان يأخذ علماً بها دون ان يعدها علامة جوهرية .

وهناك علامة تفوق الاولى بالدلالة اعني بها علامة الانثناء . متى ارتشحت الالياف الضامة التي تفصل اللحمة وتصل الغدة بالجلد كان من ارتشاحها نوع من التبطن فاذا قرص الجلد بالسبابة والابهام لا تتبع هذه الحبال الليفية التي فقدت مرونتها التزلق بل تظهر اتلام دقيقة او غضون في القسم الذي

تقرصه الاصبعان ويسهل تميز هذا الامر بمقابلته مع الجلد السليم فهـذا العرض اكبر قيمة ودلالة من عرض قشرة البرتقال الذي لا علاقة له بالالتصاقات بل هو علامة انحباس البلغم مع وذمة خفيفة فعرض قشرة البرتقال ممكن وقوعـه في غير السرطان ، في الالتهاب الخفيف الحدة وفي التهاب الثدي المزمن (دلبه) كما انهقد لا يظهر في السرطان لان بعض الحوادث يسير سيره حتى النهاية دون ان يبدو هذا العرض فيه · فقيمته في التشخيص والحالة هذه نسبية ·

لنجس الان الثدي المريض وهو لا يجس باصبعين كما يفعل البعض بـل تجس الغدة جميعها على جدار الصدر · لانه اذا قرص باصبعين عمودياً او افقياً كما يفعل الطلبة المبتدئون يشعر دائماً بورم وما هو بورم بل فصيصات الغـدة السليمة التي تزول اذا فحصت الغدة بعد دفعها على جدار الصدر وجسها عليه

ولتعاين المريضة واقفة ومضطجعة ولا سيما متى كان ثدياها هابطين فاذا كان الثدي سليماً شعر فقط بفصيصات الغدة الطبيعية المرنة اللينـة واذا كان مريضاً شعر بين تلك الفصوص بنواة متفاوتة الصلابـة والتحدد مختلفـة كل الاختلاف بقوامها عن الغدة السليمة

وبعد ان يتحقق الطبيب ان في الثدي ورماً يجب عليه ان يعين طبيعته· فعليه ان يتحرى مـا اذا كان الورم مكيساً ام غير مكيس فاذا كان مكيساً وبحجم الجوزة وصلباً دون انكماش الحليمة والمرأة فتيـة كان الورم سليماً ويرجح انه ورم غدي ·

واذا كان املس السطح واضح الحدود مرناً متوتراً متماسكاً كان كيساً او خراجة باردة وكان البزل الاستقصائي واجباً لتعيين المرض ·

واذا لم يكن الورم متكيساً ولا واضح الحدود ولا منتظم السطح ومحدباً وصلباً كالخشب والمرأة في عقدها الرابع او قد تجاوزته فالورم خبيث · غير ان الامر يلتبس بعقـدة التهاب ثدي مزمن وتمييز احـد المرضين عن الاخر مستصعب · ففي الالتهاب المزمن نرى غالباً نوى اكثر عدداً مما في السرطان ومضضاً فورياً أو حين ضغط الثدي «يقلق المريضة ويطمئن اليه الجراح» (كادنه) · وليس من تبطن (capitonnage) في الالتهاب المزمن كما في السرطان والالتهاب يبقى زمناً مديداً دون ان يتبدل غير ان الالتهاب قد ينقلب سرطاناً ويستصعب جداً ان لم نقل يستحيل ان يعرف الزمن الذي يتم به هذا التبدل · وعليه فمتى ظهر ورم كهذا في امرأة تجاوزت الاربعين من سنها حمل على الشك في كونه خبيثاً ·

ثم يتحرى التحرك بالنسبة الى الاغشية وذلك بان يحرك الورم الى اتجاهات مختلفة فيعلم ما اذا كانت الحليمة والجلد مشدودين وما اذا كانت الغدة متحركة على العضلة الصدرية الكبيرة · غير ان علامة الالتصاق بالعضلة الصدرية التي تتحرى بتقليص هذه العضلة وتحريك الثدي عليها ليست من العلامات التي تقع في بدء المرض الا اذا كان الورم قد ابتدأ في العمق بجوار العضلة الصدرية

ويجب ان يفتش عن العقد تفتيشاً دقيقاً في بدء الافة وعقد الضبن هي التي تضخم قبل سواها ويفتش عنها على جدار الابط الانسي وتستخدم اليـد اليمنى للضبن الايسر واليد اليسرى للضبن الايمن ويوجه وجه اليد الراحي الى الصدر وانامل الاصابع تطبق محتوى الضبن الشحمي على جدار الجذع بينا اليد الثانية تحمل تحت الترقوة على العضلة الصدرية وتساعد اليد الاولى على العمل ويفتش ايضاً عن العقد في الحفرتين فوق الترقوة وتحتها ·

فالعقد لا تتبدل في الورم الغدي وهي تضخم ضخامة كبيرة مع صفات الالتهاب في التهاب الثدي المزمن والسل واما في السرطان فنجد عقدة او عدة عقد صلبة متحركة · غير ان هذه العقد قد لا تبدو في البدء فالحذر كل الحذر من الانتظار متذرعين بالقول انه لا انكماش في الحليمة ولا علامة قشرة البرتقال ولا التصاق بالصدرية الكبيرة ولا عقد في الضبن فالانتظار معناه اضاعة ثلاثة او اربعة اشهر سدىً واسقاط معدل النجاح الى اقل من ثلاثين بالمائة بل فلنقل ان هناك ورماً حديث الظهور صلباً غير مؤلم ولا واضح الحدود ملتصقاً بالجلد في امرأة عمرها اربعون سنة او اكثر فهو اذن ورم خبيث في في بدئه والواجب يقضي بسرعة التوسط الجراحي لان الأمل بالشفاء يتعلق بالتبكير فيه ·

ولكن هل نجري خزعة (biopsie)؟ لا لا يشار بها لان العمل الجراحي قد يطعم اطراف الغدة وقد يكون سبباً في نشاط الورم وسرعة سيره ريثما يأتي جواب المخبر · ويشق بعضهم متى خالجهم الشك على الورم نفسه فاذا كان متكيساً وسليما استأصلوه وحده واما اذا كان ملتصقا ولا حدود واضحة له فتبدل القفافيز ويستأصل الثدي · ومتى شخص المرض كان امامنا معالجة واحدة فقط وهي الاستئصال الجراحي السريع · ويجب ان يكون هذا الاستئصال واسعاً نظراً الى ما نعلمه عن انتشار السرطان السريع فيشمل الغدة جميعها والاغشية التي تسترها والنسيج الخلوي الشحمي والصفاق وقسما من الصدرية الكبيرة وتقطع الصدرية الصغيرة لكي يسهل تفريغ الابط · والقاعدة الجراحية تقضي باستخراج محتوى الابط الخلوي الشحمي والعقد البلغمية وبعض اقسام من

الصدريتين والثدي والجلد كتلة واحدة · ويجب ان يبدأ بذروة الابط منعا للخلايا السرطانية عن ارتقاء المجاري البلغمية في سياق الاجراءات التي يستدعيها العمل الجراحي · واذا لم تكن عقد الابط قد اشتركت بالضخامة كان حظ المريضة كبيراً وأدى البتر في كثير من الاوقات الى الشفاء الطويل المدة · .

ويشير بعضهم بتوسيع العمل الجراحي اكثر مما ذكرنا فان دلبه يستأصل بقصد الوقاية العقد فوق الترقوة نظراً الى الاشتراكات البلغمية التي وصفها تلميذه مونار · ومتى كانت عقد الابط مصابة كان استئصال العقد فوق الترقوة واجبا ولو لم تبدُ سريريا باقل مظهر مرضي · غيران هذا كله لا يمنع النكس في عقد العنق ·

وقد قطعوا الترقوة تسهيلا لتفريغ ما فوقها غيران بعض المحاذير قد تنجم من هذا القطع · وقد وصف غاتليه واوبرلن منذ قليل طريقة واسعة يثمان بها نهاية الترقوة الانسية تثميا موقتا (جورنال الجراحة كانون الثاني سنة ١٩٢٨) فيستنتج من هذا ان الخطة التي يتبعها العمل الجراحي هي مسير الاوعية البلغمية نفسها · واذا لم يكن الورم ملتصقا بالصدرية الكبيرة كان استئصالها بدون جدوى لان العضلات لا تخترقها الاوعية البلغمية والامر الذي يجب الاهتمام به في ذلك المكان هو تنظيف الفاصل بين الصدريتين حيث تمر الاوعية البلغمية

ولا يقال ان الانذار سليم في سرطان الثدي ولو كان العمل الجراحي متسعا اتساعا كبيراً · لانه اذا كان بعض السرطانات يسير سيراً بطيئا ويظهر بمظهر السلامة واذا كان بعضها يسير سيراً متحتما الى الموت فان بعضها لا يبت في

انذاره مطلقا . لا نجهل ان العمليات الواسعة الباكرة تنقص الانتكاسات الموضعية نقصاً كبيراً او تؤخر ظهورها مدة طويلة من الزمن غير ان هذه العمليات لا تمنع منعاً اكيداً الانتقالات عن الحدوث بعد مدة متفاوتة الطول ومما يثبت هذا ان احد الاحصاءات عن مائة امرأة عولجن بالاستئصال وشفين شفاءً ظاهراً قد دلّ انه لم تبقَ منهن في قيد الحياة بعد ٧ او ٨ سنين الا ست او سبع نساء . فسرطان الثدي هو اشد السرطانات فتكاً . غير ان هذه الاعداد نسبية وهذا الاحصاء قديم قليلاً قد اجري في زمن لم يكن به الشعب ولا الاطباء قد استناروا بالطرق الحديثة التي توصلهم الى التشخيص الباكر والاستئصال الجراحي السريع ولعل احصاآت المستقبل تكون اكبر حظّاً مما سبق .

ومتى استولى السرطان على العقد والتصق بالطبقات العميقة كان معدل الشفاء قليلاً ايضاً غير ان الواجب يقضي بالتوسط الجراحي لان الجراح لا يعلم ما سيكون مصير عمليته واجتناب التقرح لا يخلو من الفائدة والتخفيف عن المريضة . واننا نبضع السرطانات المتقرحة لكي نزيل هذه التقرحات ونسهل الموت على المريضة ونخفف العبء عمن يحيط بها . وقد اضطر بعض الجراحين الى تثميم الكتف وقطع الاعصاب عالياً حسماً للآلام التي يحدثها انضغاط الضفيرة . ومنهم من قطع الجذور العصبية ايضاً .

ولكن ما هو تأثير الاستشعاع في السرطان ؟ انه من حيث الشفاء لا يوازي المعالجة الجراحية ابداً والاراء مجمعة على هذا ولكن اذا كان الاستشعاع لا يشفي سرطان الثدي فهو مستعمل في السرطانات المتقرحة الملتصقة التي لا يستطاع

استئصالها وفي بعض حالات النكس ·

واستعمال الاشعة بعد العمل الجراحي أيشار به ؟ يقول بكلار ان الكميات الكبيرة منها لا يجوز استعمالها لان خطرها شديد فهي تحدث انتكاسات وتعماً سريعاً واما الكميات القليلة المتواصلة مدة اشهر فلا خطر منها غير انه لا يتأكد فائدتها

لا يسمح جان لويس فور لمريضاته بالاستشعاع بعد العمل الجراحي · ودلبه كذلك يمتنع عنه في جميع الحالات ولاسان ولانورمن يشيران به في بعض الحوادث النادرة · وصفوة القول ان الاستشعاع اذا اجري بحكمة واجرته أيدٍ متمرنة خبيرة كان له من التأثير المعنوي في المريض الشيء الكبير متى لم يكن الاستئصال الجراحي ممكناً غير ان الجراحة هي المعول عليها في جميع الحالات التي يستطاع الاستئصال بها ·

الصداعات (خلاصة موءتمر بوردو)

٣

للدكتور انستاس شاهين رئيس سر يريات امراض الاذن والانف والحنجرة

تكلمنا في بحثنا السابق عن آفات العين التي قد تسبب الصداع وسنجتهد في هذا البحث ان نوضح كيفية حصوله

تتبع اكثر الاختلالات العينية في احداثها الصداع طرقاً كثيرة الشعب وضعيفة المناسبات مثال ذلك حدوث الصداعات من ورم الوقب بطريق اختلالات الانكسار . فنترك هذا المثل جانباً وندرس كل آفة على حدة .

١ً — افات الوقب : تعمل الافة رأساً في احداث الصداع فتوءثر في السبل الحسية اما بضغطها الشديد لها اذا كانت ورماً او بفعلها الالتهابي اذا كانت التهاباً

٢ً — التهابات العين : يحدث الالم مباشرة في هذا الداء ايضاً بتأثير عامل الالتهاب نفسه في النهايات الحسية في العين . ولكن لكرة العين نفسها دخل فعلي في احداثه . فهي معصبة ليس كباقي القطع النسيجية التي يتألف منها الوقب بل كعضو اجوف له صفاته المميزة . فهي تعصب بالاعصاب الهدبية والعقدة العينية او الهدبية وهي اعصاب حركية وحسية ومحركة وعائية ودماغية شوكية وودية في الوقت نفسه .

والخاصة الحسية في القرنية لا تشابه قط في صفاتها العامة باقي اقسام العين وكمثل لهذا نذكر تأثير النور في القرنية والقزحية حتى بعد قطع العصب البصري

او ضموره . ليست كرة العين سوى جوف مغلق لا يتوسع تتخلل جدرانها شبكة وعائية غنية بالاوعية الواردة والصادرة . فكل عامل التهابي يرافقه احتقان شديد يزيد التوتر في هذا الجوف . فلو قاربنا بين كثرة اعصابها وصفاتها الخاصة وازدياد هذا التوتر لاتضحت لنا الالام التي تنتج من ازدياد الضغط فيها وانتشاراتها البعيدة .

٣ — ازدياد توتر العين ازدياداً حاداً . يتبع توتر العين كتوتر القحف أجهزة دقيقة ومحكمة نظراً الى ما له من التأثير في العناصر الشبكية المتناهية في الدقة وفي الوظائف البصرية فازدياد هذا التوتر او نقصانه تابعان لعوامل تكون في اغلب الاحيان عوامل خلقية تتأثر باختلاف الضغط الجوي او الدموي او بحركات العين الفجائية او بوضعات الجسم البلوري وحركات الحدقة فاذا ازداد هذا التوتر او نقص عن حده الخلقي صار داءً واختلت بسببه سائر وظائف العين . وللاعصاب الضابطة لهذا الضغط علاقة باعضاء بعيدة وهي شديدة التأثر والانفعال وقد وصفنا سبب شدة تأثرها منذ مديدة بوصفنا حالة كرة العين . ومما يعلل لنا علاقات هذه الاعصاب بالاعضاء البعيدة حصول الفعل المنعكس العيني القلبي متى ضغطت كرة العين وهو يوضح لنا في الوقت نفسه الانتشارات المرضية التي تقع متى اختل هذا الضغط وكان سببه مرضاً . ولا يقوم اختلال الضغط بازدياده فقط لان نقصانه يحدث اختلالات عصبية لا يجوز اهمالها ولو كانت اخف من الاختلالات التي تنجم من ازدياد التوتر . فهبوط الضغط فجأة يسبب ألماً قوياً شديداً وقد يطول امد هذا الألم متى كان السبب الخافض للتوتر قد حدث فجأة كانفتاح العين الجراحي او الرضي او

بانثقاب قرحة في القرنية او في الصلبة · ولنذكر دائماً ان شدة التوتر هي السبب الاكبر لحدوث الالام الشديدة والكثيرة والبعيدة الانتشار كما تؤيد لنا ذلك الصداعات الحادة والاقياء الشديدة التي ترافق نوبة السعيقة (الغلوكوم) الحادة

٤ً – اختلالات طرق جهاز البصر الحسية . – لاحاجة الى ذكر الصداعات الناجمة من آفات سبل جهاز البصر الحسية كاصابة العصب البصري او عقدة غاسير بآفة سلية او افرنجية لان هذه الافات باستيلائها على هذه الاعصاب تسبب صداعاً يسهل تعليله · ولكننا نذكر بايجاز الدور الذي يلعبه العصب الودي في العرض الموجع لداء المنطقة العيني فقد اوضح مونبرن ومدام بينيستي ان العصب الودي يلعب الدور الاهم في الالام الشديدة المنتشرة التي تحصل في داء المنطقة العيني فعدا الاعراض الموجعة العادية التي تسببها اصابة هـذا العصب نذكر بعض الاعراض البعيدة كالاختلالات الدماغية التي تحمل بعض المرضى على الانتحار وانتشار الألم الى قمة الرأس والقسم السفلي من الصدر وناحية الشرسوف · وقد ازداد هاذان المؤلفان تمسكاً برأيهما بازالتهما هذه الاعراض بعـد حقن الوقب بكميـة من النوفوكائين وبقائها رغم تخديرهما الشعب العصبيـة الثلاث للعصب المثلث التوائم وظهر لهما من تجارب كثيرة ان العصب الودي يلعب الدور الاول في خلقة الصداع المرضية متى كان منشأه الجهاز البصري · وان له دخلاً كبيراً في احداث الصداعات الناجمة من بعض التهابات القرنيـة العصبية الشللية

وقد ايد اندره توماس نسيجياً ما ابداه مونبرن ومدام بينيستي سريرياً واتى الاستحرار بخدم جلى في معالجة الصداع لان وقتاً قصيراً عرضت بـه

النواحي المؤلمة لتأثير الاستحرار الطبي كان كافيا لازالة الآلام لم تؤثر فيها قوى المسكنات وزوال بعض الاعراض المرئية لداء المنطقة والتهاب القرنية العصبي الشللي والمشاهدات التي تؤيد هذه الطريقة الحديثة في معالجة هذين المرضين كثيرة

٥ – اختلالات الانكسار : قبل ان ننظر في اختلالات الانكسار المسببة للصداع لنبحث في ما يقع في شاب سليم البصر .

١ - متى نظر الشخص السليم الى شيء يبعد عنه اكثر من خمسة امتار تبدو صورة الشيء الناظر اليه جلية في كل من شبكية العينين وتتحد الصورتان فتتألف منهما صورة واحدة بدون اقل جهد او عناء فيكون محورا العينين حينئذ متوازيين .

٢ – ومتى نظر الى شيء قريب واقع على بعد ٣٢ سم منه كما في القراءة والكتابة يضطر الى جهد في المطابقة يساوي ثلاث وحدات انكسارية (dioptries) (بعد بؤره عدسة بقوه ثلاث وحدات يساوي ٣٣ سم اي ثلث المتر) فالاوساط الحركية العينية تقوم بحركات مشتركة ومزدوجة الجانب متعادلة في كلتا العينين لاتمام المطابقة وتقارب الحدقتين الى الانسي يتساوى ايضا وهذا متناسب مع عمل المطابقة . ويجب ان يتصالب محورا العينين على بعد ٣٣ سم لكي تندمج الصورتان في صورة واحدة . وكلما اقترب الشبح زاد عمل المطابقة وتقارب الحدقتين احداهما من الاخرى . والحدقة نفسها تشترك بهذا العمل اي انها تنقبض قليلا .

فالرؤية السلمية يشترط فيها تناسب المطابقة وتقارب العينين (العضلة

المدية والعضلات المحركة للعين) وانجرار العينين الى الانسي تابع لعمل العضلتين المستقيمتين الانسيتين والعلويتين والسفليتين ولنذكر ان عضلات العين كافة تشترك في كل عمل تعمله احداهـا او مجموعة منها كان العمل صغيراً او كبيراً اما مباشرة اي باتمام الوظيفة التي اعدت العضلة لها او باتيان عمل معاكس ينتج منه مساعدة العضلة العاملة · او ليست هـذه العضلات نفسها ذات اتصال بعضلات الحاجبين والرأس والعنق ايضاً · ولنتأكد صحة ذلك علينا ان نراقب شخصاً يقرأ فنراه يأتي بحركات عينية ورأسية متناسبة بدون انتباه · ويزداد وضوح تضامن هذه العضلات متى كانت القراءة في مكان متحرك كما في القطار فمن هذا يتضح لنا جيداً ان اختـلال الانكسار الذي يفسد هذا التناسب العضلي يسبب الصداع الذي نحن بصدده

١ — مـد البصر : عين المديد البصر معدة للرؤية البعيدة ولهذا يحتاج المديد البصر الى عمل المطابقة دائماً حتى في الرؤية البعيدة ويضيف الى ذلك جهداً آخر في الرؤية القريبة

وليس مديد البصر الشديد الذي يصاب غالباً بالصداع الشديد لان هذا يشعر حالاً بمرضه فيصلح بصره بعدسات موافقة تكفيه شر الالم · بـل المصدوع هو ذاك الصياد او الطيار ذو البصر السليم الذي يفاخر ببصره وهو في الحقيقة مصاب بمد البصر الخفيف اي بما يعادل وحدة انكسارية واحـدة او اثنتين هو ذاك المريض الذي يهزأ بالطبيب متى افاده ان سبب الافة هو ضعف بصره وهو تلك السيدة الحسناء التي تنفر من حمل المنظرات على الرغم من اصابتها بمد بصر خفيف · وهو ذاك التلميذ المصاب مع مـد بصره بعادة

سيئة وهي اقتراب عينيه جداً من كتابه فهو لا يحارب مد بصره فقط بل يجعل عضلاته الهدبية تتشنج تشنجاً شديداً · فيوهم رفاقه واهله انه مصاب بالحسور وقد ينخدع الطبيب ايضاً اذا لم يقطر في عينيه بعض قطرات من الاتروبين لشل العضلات الهدبية المتشنجة · وكثيرون هم المصابون بمد البصر الخفيف دون ان يشعروا به حتى يأتي زمن يصابون به بداء آخر او يتعبون تعباً شديداً او يأتون امراً اخر من شأنه ان يضعف فعل المطابقة فيهم فيشعرون بعد قراءة قصيرة او عمل دقيق بألم في الرأس فيستشيرون الطبيب و يتحقق هذا ان الصداع ناجم من خلل في الانكسار · وقد ذكر احد الاطباء ان حاملاً دخلت المستشفى لاجراء عمل الاجهاض لان طبيبها ظنها مصابة بالتهاب الشبكية الحملي وبعد فحص عينيها فحصاً دقيقاً تحقق انها مصابة بمد البصر وانه قد تزايد قليلاً بسبب الحمل وضعف فعل المطابقة الناجم من السبب نفسه فشفيت من دائها الموهوم بلبسها المنظرات فقط وولدت ولادة طبيعية ·

لنرَ الآن ما يقع في مديدي البصر متى نظروا الى الاشياء البعيدة والقريبة

١ — متى نظر مديد البصر الى شيء بعيد اضطر الى جهد معادل لوحدتين انكساريتين ليعدل مد بصره وترتسم الاشباح واضحة على شبكيته عوضاً عن ان تتم الروءية بدون اقل مطابقة كما هي الحال في الاشخاص الاصحاء البصر ولا دخل للعضلات المحركة للعين في هذا العمل لان محوري العينين يبقيان متوازيين تقريباً ·

٢ — متى نظر مديد البصر الى شيء قريب على بعد ٣٣ سم منه احتاج كالشخص السليم البصر الى ثلاث وحدات انكسارية لاحداث المطابقة واضاف

اليها وحدتين اخر يين لازمتين لاصلاح مد بصره فتعادل مطابقته خمس وحدات عوضاً عن ثلاث الامر الذي يفضي الى تعب متواصل تنجم منه الالام · ونضيف الى ذلك ان فعل المطابقة وعمل العضلات المحركة في مديدي البصر غير متوازنين وبسبب اختلال التوازن هنا متى نظر المديد البصر المعادلة آفته لوحدتين انكساريتين الى بعد ٣٣ سم يأتي بفعل مطابقة يساوي خمس وحدات عوضاً عن الثلاث اللازمة لهذه المسافة فيتصالب محورا عينيه على بعد ٢٠ سم اى قبل الشبح الناظر اليه فاذا كان هذا الشبح كتاباً بدت امامه الاسطر مزدوجة فيجهد نفسه كثيراً بدون جدوى ليرى السطر واحداً · ويضطر الى الروءية بعين واحدة فقط ويمكنا ان نجرب ذلك في انفسنا بوضعنا بضع قطرات من محلول الاتروبين فنشعر باختلال التوازن بين حركات العين والمطابقة ففي البدء تصاب المطابقة بشلل تام فتتعذر علينا القراءة والكتابة تماما بالعينين او بالعين الواحدة فقط الا اذا استعملنا منظرات ذات عدسات اسطوانية محدبة قوتها ثلاث وحدات انكسارية لنتمكن من العمل براحة تامة ·

وبعد ٤٨ ساعة يخف شلل المطابقة ونصبح كمن اصيب بمد بصر معادل لوحدة واحدة انكسارية ونصفها فاذا اصلحنا هذا الضعف بعدسة موافقة نرى بوضوح تام بكلتا العينين ولكننا بدون العدسة لا نستطيع النظر قط بسبب الشفع (الروءية المضاعفة) واذا نظرنا بالعين الواحدة تمكنا من الروءية بوضوح اذا ابعدنا ما نريد روءيته عنا قليلا وهكذا نصلح المطابقة بسهولة كمديدي البصر اما اختلال التوازن فلا يمكننا اصلاحه الا باغلاق احدى العينين وهذا ما يوءكد لنا ان خلل التوازن اصعب من خلل المطابقة وحده ·

وصفوة القول ان مديد البصر يأتي بجهد غير طبيعي يختل بسببه التوازن الواقع بين مطابقة الجسم البلوري وانقباض الحدقة وحركات العين الى الانسي وبقية حركات العضلات المساعدة اللازمة لتوحيد الشبح في العينين وجعله واضحا متى كان هذا الشبح قريبا او بعيداً ثابتا او متحركا ·

وهذا الجهد الذي من شأنه إصلاح المطابقة مضنٍ ومسبب للصداع وليس للصداع فقط بل يرافق هذا الاختلال الوظيفي اختلال مرئي يبين لنا سبب الصداع نعني به احتقان جهاز البصر· فالاجفان تحمر و يتجاوز هذا الاحتقان طبقات العين الظاهرة ممتداً حتى العصب البصري نفسه الذي يبين لنا شكله ان الدوران في باطن القحف قد اخذ نصيبه من هذا الاحتقان ·

٢ — الحسور · — قلما يسبب الحسر الصداع لان الحسير في غنىً عن فعل المطابقة فهو لا يجهد نفسه طويلا ومع ذلك فقد يصاب بآلام رأسية قصيرة الامد وطريقة حصولها هي كما في مد البصر ولكن اختلال التوازن يكون في الحسر بعكس ما رأيناه في مده · والشفع لا يستمر في الحسير الا مديدة قصيرة لان العينين تعتادان بسرعة روءية الشبح الواحد فتندمج الصورتان في صورة واحدة ·

والخلاصة ان ندرة الصداع في الحسر ناجمة من ان اختلال التوازن بين المطابقة وفعل العضلات المحركة يعوض بدون جهد شديد ·

٣ — التفلطح (astigmatisme) لا يتساوى الانكسار في العين المتفلطحة في جميع هواجرها (méridiens) والشبح لا يكون قط واضحا · ويجرب المصاب بالتفلطح ان يصلح خلل الانكسار في فعل المطابقة بانقباض غير متوازٍ

في العضلة الهدبية ولكنه على الرغم من هذا الجهد الشديد المتعب فالرؤيـة تبقى كما هي · ويزيد على عمل العضلة الهدبية انه يجهد عضلات اجفانـه وجبهته واحيانا عضلات وجهه ليرى الشبح اكثر وضوحا ومتى كان الشخص مصابا بالتفلطح المائل يسعى دون ان يعلم الى تحريك عينه حركات استدارية مضيفا بذلك عملا اخر الى العضلات المحركة العينية · فتنجم من هذه الجهود المتكررة الاعراض الوعائية كاحتقان الاجفان الذي يشتد عمـا رأيناه فـي مديد البصر ·

وتزداد هذه الاعراض شدة متى خالط التفلطح مد البصر وتخف في التفلطح المختلط بالحسر

فاشد الصداعات العينية المنشإ هي في المتفلطحة عيونهم مع مد بصر فيها لانها تشابه سفوداً جبهيا مـع حس توتر في الصدغين وانتشار الالم الى الخشائين والنقرة وما سبب هذه الصداعات الا شدة العمل المنهك الذي تأتيه العضلات في فعل المطابقة ومتى اصلح هذا الاختلال في الانكسار زالت الاعراض جميعها كالصداع والاحتقان وغيره ·

٤ – اختلاف الانكسار في العينين (anisométropie) : ومعنى ذلك ان قـوة الانكسار في كل عين يختلف عما هو في العين الاخرى كما لو كانت الواحـدة سليمة والثانية مصابة بمد البصر او ان تكون الواحدة مصابة بمد البصر والثانيـة بالحسر او الواحدة بالتفلطح مع مد البصر والثانية بالداء ذاته غير ان درجتي اصابتهما مختلفة ·

فمتى اصيبت احدى العينين بمد البصر والثانية به وكان تفاوت بينهما

نجم منه اختلال في التوازن بين فعل المطابقة وعمل العضلات المحركة العينية وقد رأينا ما نتج من هذا الاختلال في كلامنا عن مد البصر٠وقد ذكرهارفيه حادثة صبية مصابة بصداع شديد منذ اكثر من عشر سنين استشارته للسبب نفسه وكان قد جرب فيها جميع الادوية والطرق الدوائية بدون جدوى فارسلها الى الكحال فوجدها مصابة بالحسر مع التفلطح في العين اليسرى المعادل لثلاث وحدات وبمد بصر درجته وحدة واحدة في العين اليمنى فزال ألمها باصلاح الانكسار ٠ ولكن اصلاح الانكسار في اعين كهذه مستصعب جداً ويستدعي صبراً وجلداً على استعمال المنظرات

٥ — مد البصر الشيخوخي : لا ينجم مد البصر الشيخوخي من اختلال الانكسار بل من ضعف في فعل المطابقة سببه الشيخوخة فاذا لم يصلح هذا الاختلال يبتلى المريض بجميع الاعراض المذكورة في مد البصر البسيط ٠ وكم من مريض مصاب بمد بصر منذ زمن طويل دون ان يشعر باقل انزعاج يبدأ متى بلغ الاربعين او تجاوز هذه السن بالشعور بآلام رأسية مع ان درجة بصره لم تتغير وما سبب ذلك سوى ضعف فعل المطابقة الناتج من الشيخوخة



معالجة الكسور المغلقة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ترمي معالجة الكسر الى غايتين ١ً –اعادة العظم الى بنائه التشريحي الذي كان له قبل الكسر · ٢ً استعادة الوظيفة التي فقدها العضو المكسور · والغاية الاولى مرتبطة بالثانية

وهاتان الغايتان تدعوان الطبيب الى الاهتمام الشديد بجهاز النقل وهو الجهاز الاول الذي يوضع على العضو المصاب · لان المكسور قبل ان يصل الى المستشفي يكون قد اصيب بكسره وهو بعيد عنه فنقل اليه بعد ان وضع جهازاً لكسره دجال او طبيب ·

فجهاز النقل هنا غايته : منع القطع العظمية عن تبدل جديد بالحركات التي لا يتمكن المكسور من اجتنابها في اثناء النقل ، وتخفيف الالم التالي لهذا التبدل والتشنجات العضلية التي تحدث تبدلات ثانوية ، واجتناب الرضوض العضلية الجديدة والوعائية والعصبية الناجمة من هذه التبدلات والقائمة عائقاً في سبيل الترميم الحسن واستعادة العضو لوظيفته التي فقدها ·

اما انواع اجهزة النقل وطرق وضعها فموصوفة وصفاً ضافياً في رسالة الجراحة الصغرى ولا حاجة الى ذكرها هنا غير انني اقول ان الميازيب المعدنية المستعملة كثيراً يجب ان تلغى لانها لا تثبت العضو المكسور اقل

تثبيت وان خير جهاز للنقل هو جبيرة توما للطرفين العلوي والسفلي التي يجب على الشرطة اقتناؤها والاستعانة بها حين الحاجة في نقل المكسورين والجرحى لان هذه الجبيرة بسيطة ومتينة وسهلة التعقيم وقليلة الثمن يستطاع صنعها في كل مكان فيه حداد وتستعمل على السواء للطرفين الايمن والايسر · غير ان هذه الجبيرة ان لم تستحضرها الشرطة يصعب ايجادها في كل مكان وعليه كان لا بد للطبيب من استعمال طرق اخرى في النقل لا تضاهي الجبيرة بحسنها غير انها تخدم المريض بعض الخدمة ريثما يتيسر للطبيب اجراء الاحسن ·

. فاذا كان الكسر في الطرف العلوي كان تثبيته بوشاح (écharpe) ممكناً بعد ثني الساعد على المرفق وتثبيت الطرف العلوي على الصدر بربط تلف حول الجذع او برباط جسد يسهل ايجاده في كل مكان · ويجب ان تسند اليد جيداً متى وقع الكسر في الساعد فاذا ضمّ الى الوشاح جبيرتا خشب احداها تطبق على الوجه الراحي والثانيــة على الوجه الظهري وثبتتا بضماد او بقطع من المشمع كان التثبيت تاماً ·

وفي الطرف السفلي اذا وقع الكسر في الساق كان تثبيتها مستطاعاً بايجاد جهاز مشتق من جهاز سكولته

واذا وقع في الفخذ كان التثبيت مستطاعاً بوضع ميزابة خشب طويلة ممتدة منذ القدم حتىَ تحت الابط كافية لتثبيت القدم والساق والفخذ والحوض والجذع وفي كسور الحوض والعمود الفقاريـ يستطاع تثبيت المريض على لوح من خشب قد مدّ عليه غطاء اذا كان الوصول الى ميزابــة بونه او إطار روفيلو متعذراً ·

هذا ما يقال في نقل الجريح · وبعد ان يصل الى سريره فاما ان يكون مصاباً بكسر بسيط بدون تبدل فنقوم معالجته حينئذٍ بجعل العضو في وضعة حسنة وتثبيته اقصر مدة لازمة لترمم العظم ولا سيما اذا وقع الكسر في الطرف العلوي فان المرور بسرعة من التثبيت الى التحريك التدريجي حسب طريقة لوقا شامبيونيار واجب واما اذا كانت قطع الكسر متبدلة فيكون تبدلها متنوع الدرجات بالنسبة الى اهمية الرض او التقفعات العضلية فهي اما ان تتبدل تبدلاً معترضاً حسب ثخانة العظم او زاوياً حسب محوره او ان تدور على نفسها او يركب بعضها الاخر فيقصر العضو · وربما اشترك اثنان او اكثر من هذه التبدلات معاً ·

فالواجب الاول هو اصلاح هذه التبدلات التي يتحققها الطبيب بالمعاينة السريرية ويثبتها بالرسم الشعاعي الجانبي والامامي الخلفي · وهذا ما نسميه رد الكسر الذي يقوم باعادة القطع الى مكانها الطبيعي وجعل نهايتها الاولى محاذية للنهاية الثانية حسب محور العظم البدئي ·

ويجوز ان يجرب الرد مباشرة وقد يتم في الاقسام الوترية من الاعضاء بالشد اليدوي مثال ذلك كسر نهاية الكعبرة السفلى او بالاثقال تعلق في الطرف متى وقع الكسر في النواحي التي تكثر فيها العضلات مثال ذلك كسر الساق وزند الكتسر بالاثقال قبل وضع جهاز دابه عليه · وهذا الجذب على القطعة الواقعة تحت الكسر يجب ان يعاكسه مضاد للتمدد على القطعة الواقعة فوق الكسر الامر الذي يتم بايدي المعاونين او ثقل الجسد او وشاح يوضع تحت الابط او في الناحية الاربية غير ان هذا الرد موءلم وصعب لان تقلص

العضلات والتشنج يمنعان الرد الامر الذي يضطر الطبيب الى التخدير توصلاً الى الرد الحسن :

التخدير العام في الطرف العلوي والتخدير القطني في الطرف السفلي ويجوز اجراء التخدير الموضعي ايضاً بحقن مركز الكسر والعضلات المحيطة به بمحلول النوفوكائين غير ان هذه الواسطة قلما اجنيت منها نتائج مرضية . ويجوز ان يرد الكسر رداً تدريجياً : وذلك بالتمديد المتواصل باثقال او بانابيب مطاط او لوالب تتعب العضلات بفعلها المتواصل فتسترخي وتعود القطع الى وضعها الحسن ، ويجرى الجذب على القطعة السفلى الاكثر تحركاً حسب سطح السرير وباتجاه القطعة العليا الاكثر ثبوتاً ونقطة الاستناد هي الاقسام الرخوة التي تحاط بربط مشمع او كتان مصبوغة بمواد لاصقة مختلفة هذه هي الطريقة التي كانت مستعملة فيما مضى في كسور الفخذ غير انها في الغالب لا تكفي .

ومضادة التمديد تجرى كما في السابق جذاء الابط او الجذع او الحوض وثقل الجسد وحده قد يكفي ويجوز ان تكون نقطة استنادها القطعة العليا ولكي يكون الجذب ناجعاً يجب ان يجري والعضلات مسترخية : فالساق وهي منعطفة على الفخذ والفخذ وهي منعطفة على الحوض . وهذا ما يستطاع تحقيقه في التمديد الذي يجري والعضو معلق : لانه يمكن الطبيب من اعطاء العضو الوضعة الاكثر ملائمة له من جهة الاسترخاء ومن اسناد التمديد الى نقاط عظمية (سفود ستايمان) ومن منع الجسد عن ملامسة سطح السرير وبكل هذا يبقي لقوة الجذب تأثيرها ولا يفقدها الا القليل من فعلها . فهذه الطريقة

هي ولا شك فضلى الطرق ويجب اجراؤها في الوضعة التي يسهل بها جعل القطعة السفلى في اتجاه القطعة العليا (التبعيد والاستلقاء) اما التعليق فيستطاع تحقيقه بجبيرة توما او مشتقاتها (جبائر روفيلوا) او باطار التعليق · وجبيرة توما اسهل جميع هذه الاجهزة استعمالاً واكثرها متانة وملائمة للبيئة التي نحن فيها ومن حسناتها انها تستعمل للنقل والمعالجة وان صنعها سهل على كل حداد فهي والحالة هذه خير جهاز في مستشفياتنا ·

يعلق العضو بين شعبتي الجبيرة الجانبيتين بارجوحة مصنوعة من الرفادات واما اطارات التعليق فهي مستمدة من نماذج بلاك وغسات وهي اقل تعقداً مما يظن ويسهل صنعها في كل مكان فيه نجار · وهي تستخدم لتعليق الجبيرة التي علق بها العضو : وجبيرة توما تستعمل ايضاً هنا ومضاد التمديد يستند الى الورك او جبائر هودبنس اوغست التي تحذف بها نقطة الاستناد عن الورك ·

ويبقى الطرف ممدداً اياً كانت الوضعة التي يعطاها لان الاثقال كافيـة لحفظ موازنته · ويتمكن المريض بفضل هذا الجهاز ان يبدل وضعته ويجلس في سريره ويرتفع بدون ألم لان عضوه المكسور يتحرك بفضل الاثقـال والبكرات قطعة واحدة دون ان تتحرك القطع منفردة · ومتى كان الكسر مفتوحاً سهل تضميده وفي بعض الشعب المجهزة تجهيزاً خاصاً تستطاع مراقبـة الرد بالاشعة المجهولة والمريض في سريره واما تغذيـة المريض فسهلة جـداً وكذلك تنظيف جسده : هذا عدا الوقت الذي يكسبه العضو في استعادة وظيفته المقبلة لان حركات المفاصل ممكنة والمريض في جهازه ·

وبعد ان يرد الكسر يجب تثبيته كل المدة اللازمة لترمم القطع ·

وترمم العظم امرٌ لا تجهل كيفيته لان نسيجاً ضاماً يتكون بين قطعتي العظم المكسور ولا يلبث ان يتليف بانتقال العناصر الكلسية من الجوار لتكوين الدشبذ · وكلما كان الرد حسناً كانت المدة اللازمة للترمم اقصر · ولا يرى الدشبذ بالرسم الشعاعي الا في اليوم العشرين ولا يبدو ظليلاً اي متكلساً الا بين اليوم الاربعين والخمسين فاذا لم تتوافق قطع الكسر تمام الموافقة قد ينقلب النسيج الضام المعترض نسيجاً غضروفياً فعوضاً عن ان يندمل العظم يتكون مفصل موهم · فيجب اذن ان تكون القطع في وضع حسن وان تثبت في هذا الوضع بعد ردها · وهذه هي غاية التماسك او المرحلة الثانية من المعالجة ·

ويتحقق التماسك باجهزة الجبس التي يحصر فيها العضو وهو ممدد وتحذف وسائط الشد متى جف الجبس · ويسهل صنع هذه الاجهزة ووضعها فهي تكون مسبوكة على العضو فتمنعه عن كل حركة ومع ذلك فلا بد من مراقبتها من آن لاخر بالرسم الشعاعي · لان هذه الاجهزة تكبر متى زالت الوذمة وظهر الضمور فيجب حينئذٍ تبديلها اجتناباً للتبدلات الممكنة الحدوث · وهي تثبت عادة، اذا استثنينا جهاز دلبه في الساق، المفصلين الواقعين فوق الكسر وتحته فيزاد على الضمور العضلي التيبس المفصلي الذي يصعب التغلب عليه فيما بعد ولا يجوز ان تصنع هنا اجهزة دائرية بل نصف ميزابة ليتمكن الجلد من التنفس والاستشماس ويستطاع تفريق حافتيها اجتناباً للألم والانضغاط والوذمة ولا سيما متى كان الرد والتثبيت ممكني الاجراء بعد الحادثة مباشرة كما انه يستطاع تقريب تينك الحافتين كلما خف الانتباج .

ويستطاع تعليق الطرف وتمديده في الاجهزة المعلقــة حتى اندمال العظم اجتناباً لمحاذير الجبس . غير ان هذه الطريقة دقيقة وتستدعي رقابة دائمة واشخاصاً مدربين يتمكنون من اصلاح الوضعة كلما تبدلت وهذا مـا يستصعب تحقيقه هنا . فالافضل اذن ان يعقب الردّ بالتعليق جهازُ نقـهٍ جبسي لانه خير ما يصنع متى كان يثبت الكسر ولا يمنع العضلات والمفاصل المجاورة عن الحركة .

وعلى الرغم من جميع هذه الوسائط نرى ان بعض الكسور لا يرد ككسور الناغضة والناتىء المرفقي و كسور اجسام العظام المثلثة القطع او المتبدلة تبدلاً كثيراً او التي اعترض بين قطعها نسيج عضلي او عصب و ككسور الظنبوب الماثلة واللولبية و كسور عظمي الساعد والكسور المفصلية او المجاورة للمفاصل التي يصعب ردها لان احدى قطعها صغيرة ولا يستطاع ردها مع ان ردهـا الحسن واجب لتعود الى المفصل وظيفته . ففي جميع هــذه الحالات يفضل التوسط الجراحي لانه يرد الكسر رداً حسناً . غير ان هذا التوسط يستدعي تعقيماً جيداً وجراحاً ماهراً قد اعتاد مثل هذه العمليات الجراحية والاّ كانت النتيجة البتر وربما الموت .

ولا يجرى هذا الرد الجراحي متى كانت النسج الرخوة مصابــة والحالة العامة سيئة وكان المكسور شيخاً او مصاباً بالزهري . ولا بد من الاسراع في العمل الجراحي بدون ابطاء متى اقتنع الجراح ان الرد بالوسائط الاخرى متعذر غير انه لا بد ان تغور اولاً الانصبابات الدموية وان تستعيد النسج قوتهـا الحيوية لكي تتمكن من مقاومة التعفن على الاّ يتجاوز هذا الانتظار ثمانيــة

او عشرة ايام لانه كلما تأخر التوسط الجراحي كان الرد مستصعباً · وبعد ان يفتح مركز الكسر فتحاً واسعاً وينظف يرد الكسر بشد القطع نفسها بالكلبتان او يشد العضو وهذا يجريه المعاونون او الاجهزة الجاذبة ·

وبعد ان يرد الكسر تثبت القطع بخيوط معدنية وشرائط (برهام—بوتي) او عقارب (دوجاريه) او جبائر معدنية تثبت بالعظم بمحويات او بحلقات معدنية (لامبوث— شرمن) وتترك هذه الادوات في العظم الذي رد او تستخرج بعد الاندمال وهذا تابع للظروف وللمرضى · وبعد ان يخاط الجلد يثبت الطرف بجهاز جبسي (التثبيت الخارجي) او بجهاز معلق · ويجرى التوسط الجراحي ايضا في الكسور المندملة اندمالا معيبا وفي المفاصل الموهمة

غير ان هذا التوسط لا يخلو من الخيبة لان الجرح قد يتقيح على الرغم من جميع وسائط الطهارة التي اتخذت فالتعفن الداخلي المنشإ امر يجب الاعتداد به · ولان الجهاز المعدني المثبت اذا شد كثيراً ادى الى اماتة العظم باحداثه فيه فقراً دمويا فتشظى العظم وطرحت الشظايا · ولان الاندمال قد يتأخر والدشبذ قد يلين ولان الاستجدال (ostéosynthèse) يستدعي شقوقا كبيرة وندباتها لا تنطبق على الجراحة المجملة (esthétique) فعنصر التجميل يضاف اذن الى عنصري التشريح والوظيفة في النتيجة العلاجية · ولكن اذا كانت استطبابات الرد الجراحي محدودة فهي لا مندوحة عنها في الاماكن التي ذكرتها ·

والترمم في وضع حسن ليس معناه الشفاء لان الترمم التشريحي اذا تم يجب ان يتبعه الترمم الوظيفي الذي لا يكتمل الا متى عادت خلقة (فسيولوجيا)

الطرف الى ما كانت عليه قبل الكسر ·

فليست العظام وحدها التي اصابها العامل الكاسر بل الجلد والعضلات والصفق والاوتار والغمد قد رضت وشدت وتشققت والانصبابات الدموية التي ارتشحت فيها قد تعضت بعض التعضي فنجم منها عامل تصلب احدث انكماشات عضلية ويحدث في سياق التثبيت ضمور عضلي وتيبسات مفصلية وضمور عظم وتشوشات جلد غذائية ووذمات ناجمة من كسل العضلات ·

وصفوة القول ان المصاب بكسر في طرفه السفلي بعد نزع جهازه الجبسي يعد مقعداً

ولا بد من اجتناب جميع هذه التشوشات ما امكن في سياق الترمم التشريحي ومن ازالتها بعدئذ متى حدثت · وقد تستدعي استعادة الوظيفة شهرين او ثلاثة اشهر وربما اكثر من ذلك ولا سيما الطرف السفلي متى كان الاشخاص طاعنين في السن او مصابين بتراث يوءخر شفاءهم ·

فالمعالجة الواقية هي التعليق الذي يهوي الجلد ويمكن الممرضة من تنظيفه وهي تمسيد العضلات البعيدة عن بوءرة الكسر بلطف وحكمة وتحريك المفاصل · انني لا اخط كلمة تمسيد بدون وجل لانه سلاح ذو حدين لا يجوز ان تستعمله سوى الايدي المتمرنة · والتمسيد قرب بوءرة الكسر ينبه السمحاق ويحدثناميات عظمية ودشابذ جسيمة فيجب الاقلاع عنه اقلاعا باتا في الحديثي السن ·

والطريقة السيارة يجب اجراوءها كلما كان الامر ممكنا وذلك مستطاع دائما في الطرف العلوي · وخير طريقة في التثبيت هي تثبيت

قطع الكسر وتحريك العضلات والاوتار والمفاصل غير ان هذا متعذر في جميع الكسور اما في كسور الساق فقد حققه دلبه بجهازه الجبسي ٠

واما المعالجة الشافية لتلك العوارض التالية للكسر فتستمد من الحمامات والمناضخ وحمامات النور والهواء الحار والتمرنات الفاعلة وعودة الشخص الى عمله ٠

والحذر كل الحذر من العكاكيز التي يعتاد المريض استعمالها فيطيل بها مدة المعالجة وخير للمريض ان يطيل مدة نومه في السرير بضعة ايام مع اجرائه بعض التمرنات وهو فيه حتى يتمكن من المشي مستنداً الى عصا من ان يسمح له بالنهوض والاستعانة بالعكاكيز ٠



علاقة الحمل بتسوس الاسنان

٢

للدكتور ابرهيم قندلفت

رئيس مخبر طب الاسنان في المعهد الطبي العربي

اما وقد انتهينا من بحث نسج السن الثلاثة اي الميناء والعاج واللب فننتقل الان الى الكلام عن مجريات التسوس والنتائج التي وصل اليها الاحصاء العلمي الحديث فنقول :

يبتدئ التسوس على سطح الميناء الخارجي فاذا لم يعالج تابع سيره مخترقاً الميناء والعاج حتى اللب · والتسوس نوعان : بطيء وسريع وكثيراً ما يتحول كل من النوعين الى الاخر لاسباب لا نزال نجهلها

اما التأكل الذي يشاهد في اعناق الاسنان فسببه حامض تفرزه الغدد اللثوية ومما يستلفت النظر اولاً انصقال السطوح المتأكلة وهو من اهم العلامات الفارقة بين التأكل والتسوس والاول ابطأ سيراً من التسوس البطيء ·

واكثر ما يحدث التسوس بين السنة التاسعة والثانية عشرة ولا تأثير للحمل في التسوس · فقد فحص الدكتور بيرغ (Birg) التسوسي اسنان مئتي امرأة حامل فلم يجد فيها اثراً للتسوس · كذلك قام الدكتور زيسكن (Ziskin) بفحص افواه ٥٩٩ امرأة حاملاً ومراقبتها و٢٠٥ نساء غير حاملات واليك

النتائج التي توصل اليها :

يزداد التسوس بتقدم العمر اما مقدار ما يفقد من نسج السن بسبب التسوس فواحد في الحاملات وغير الحاملات . كذلك ظهر له ان العوامل التي تسبب التسوس واحدة في الحالتين . وليس من المنطق ان يعتمد طبيب الاسنان الذي لا يعالج الا بضع حاملات سنوياً على مشاهداته الشخصية فيصدر حكمه على الحاملات كافة قائلاً ان اسنان الحاملات اكثر تعرضاً للتسوس من اسنان غيرهن . فقد رأى الدكتور زيسكن (Ziskin) المذكور كثيرات قضين مدة الحمل كلها دون ان يظهر في اسنانهن اقل اثر للتسوس ورأى مقابل ذلك عدداً كبيراً من غير الحاملات تكثر في اسنانهن حفر التسوس . فاصبح بذلك المثل القائل : « لكل ولد سن » لا ينطبق على الواقع .

هذا وقد تبين بالاختبار ان حموضة اللعاب في تغير دائم وتنطبق هذه الحقيقة على الحاملات كما تنطبق على غير الحاملات ويمكن التحقق من عدم استقرار حموضة اللعاب على حال بتجربة بسيطة يمكن لأي كان القيام بها فاذا وضعت قطع من ورق عباد الشمس في افواه الغدد اللعابية وفي اللعاب المختلط ايضاً يلاحظ في مدة لا تزيد عن عشرين دقيقة ان اللعاب قد يتغير من حامض الى قلوي او بالعكس كذلك قد تفرز احدى الغدد لعاباً حامض الفاعلية بينما يكون اللعاب المفرز من مقابلتها في الجانب الاخر قلوياً وقد لوحظ ان التسوس يحدث في الاسنان التامة التكلس كما يحدث في الاسنان السيئة او الناقصة التكلس . كذلك تبين من تجربة قام بها الدكتور هوبويل سمث (Hopwel Smith) انه لا تأثير للحوامض في احداث التسوس . فقد اخذ

المذكور عدداً من الاطعمة ووضعها في مستنبت هضموني ثم لقحها بالجراثيم المحدثة للتسوس · فوجد ان هذه الجراثيم كانت تنمو وتتكاثر في البيء القلوية بينما هي لم تنمُ قط في البيء الحامضة ويستثنى من ذلك حوامض الفواكه وقد نسب الدكتور سمث ذلك الى مائيات الفحم المحتواة في هذه الحوامض لانها بيئة ملائمة جداً لنمو الجراثيم · فيتبين من هذه التجربة ان الحوامض الخالية من مائيات الفحم توقف نمو الجراثيم المحدثة للتسوس ·

وتحقق بالتحليل الكيماوي ان كمية الكلس المحتواة في اسنان الرجل واسنان المرأة تكاد تكون واحدة وانه اذا كان فرق بين الاثنين فهو زهيد جداً لا يعتدُّ به ·

والاسنان البشرية قابلة للتسوس حتى بعد اخراجها من اسناخها · فقد كانوا قبل اختراع الاسنان الخزفية الموجودة اليوم يستعملون اسناناً بشرية على صفائح من الكاوتشوك · وقد حدث مراراً ان تسوست هذه الاسنان وهي على الصفيحة الاصطناعية مع انها كانت قبل وضعها صحيحة خالية من كل اثر للتسوس ·

كذلك لوحظ ان التسوس قلما يحدث في الافواه المصابة بالتقيح اللثوي فقد وجد الدكتور برنز (Brinz) المشهور بابحاثه عن التقيح اللثوي انه حيث التقيح افقي فالتسوس يحدث ويتقدم بنفس السرعة التي يتقدم بها في الافواه الصحيحة اللثة اما حيث التقيح عمودي فالتسوس نادر جداً حتى ليصح ان يقال ان الفم المصاب بالتقيح اللثوي العمودي منيع على التسوس · وقد قال الدكتور بول ديبوا (Paul Dubois) ان التقيح اللثوي وتسوس الاسنان

يكونان في الفم الواحد بنسبة متعاكسة اي حيث التقيح كثير فالتسوس قليل والعكس بالعكس ·

ولم نأتِ على ذكر الاحصاءات والنتائج العملية المذكورة اعلاه الا لنجعلها مستنداً لدحض النظرية القديمة القائلة بان الحمل احد اسباب التسوس فنقول :

ليس في السن ما يدلنا على الية نتمكن بها من نقل الملاح الكلسية من نسج السن الى مكان اخر من الجسم لان اللب النسيج الحي الوحيد في السن هو عضوٌ فريد منحط لا يمكنه القيام بهذا العمل · اما ما زعمه الدكتوران بوديكر وهاو « Bodecker et Howe » من ان غلافاً عضوياً يحيط بكل من مواشير الميناء فزعم مخالف للمنطق من وجهتين فمن الوجهة الاولى لو كان الزعم المذكور صحيحا لكان الميناء ضعيفا جداً لا يقوى على مقاومة جراثيم الفم · ومن الوجهة الثانية : لو كان كل موشور مينائي محاطًا بغلاف عضوي لوجب ان تكون نسبة المواد العضوية في الميناء من ٢٥ — ٤٠ في المائة على الاقل مع ان التحليل الكيماوي قد اثبت ان كمية المواد العضوية في الميناء زهيدة جداً

ومع كل ذلك فلنسلم جدلا ان في السن الميتة لم نتمكن بعد من اكتشافها او تفهم كنهها يمكن بواسطتها نقل الملاح الكلسية من نسج السن الى مكان اخر من الجسم · ففي هذه الحالة تقل المواد الكلسية في جميع نسج السن على السواء ومن جملتها الملاط فيلين وترتخي الياف شاربي (Sharpey) الممتدة من الملاط الى الرباط السني السنخي وتكون نتيجة ذلك تخلخل الاسنان وسقوطها وهذا مالم نسمع بحدوثه في اثناء الحمل · هذا من جهة ومن جهة اخرى

فان العاج بسبب وضعه وملاصقته للب يكون اول نسيج تنحل منه المواد الكلسية غير ان الفحوص المخبرية والمشاهدات السريرية تنفي انحلال العاج ابتداء من الداخل الى الخارج · وفضلا عن ذلك فكثيراً ما نشاهد اناسا ميناء اسنانهم سيء التكلس وهي (اي اسنانهم) مع ذلك تكاد تكون خالية من التسوس حتى في النقط الاسوأ تكلساً · وهذا مما يقلل من صحة النظرية القائلة بحدوث التسوس على اثر نقص المواد الكلسية في الميناء ·

ولا يخفى انه لا بدّ لامكان انحلال اي مادة صلبة في الجسم وامتصاصها من خلايا خاصة ملاصقة لتلك المادة لتحلها بالتحال الحيوي وتمتصها او تبتلعها كاملة كما يحدث متى حقن نسيج حي بمحلول علقت فيه ذرات من الفحم · وحتى اليوم لم تستطع اقوى المجاهر الحديثة ان تكتشف اثرا لهذه الخلايا الممتصة أو المبتلعة في انابيب العاج حيث ينتظر وجودها لو صحت النظرية القائلة بانحلال الميناء ابتداءً من سطحه الداخلي اي الملاصق للعاج كذلك ثبت بالتجربة والاختبار ان المعالجات النظرية التي اشار بها الدكتور بيرس للتعويض عما تفقده (على زعمه) الاسنان من المواد الكلسية اثناء الحمل لم تأت باقل فائدة في منع حدوث التسوس فضلا عن انه قد ظهر بنتيجة التحليل الكيماوي ان مقدار الكلس في اسنان الحامل ليس باقل منه في اسنان غيرها ·

كيفية حدوث التسوس : تقدم معنا ان التسوس يبتدىء على سطح الميناء الخارجي و يتقدم متجهاً نحو اللب لذلك لا يمكن ان يكون للتسوس اقل علاقة بالتغيرات الداخلية ومما يؤيد هذا القول حصول التسوس في الاسنان البشرية المركبة على صفائح من المطاط فان التسوس كان يبدأ و يتقدم في هذه الاسنان

الخالية من الحياة كما كان يحدث في الاسنان الحية المرتكزة في اسناخها ·

اما ما زعمه الدكتور ميلر (Miller) من قوة المقاومة في العاج والميناء وامكان حصول الالتهاب في العاج فيكفي لاثبات بطلانه ان تتذكر ما اتينا به من البراهين للدلالة على خلو الميناء والعاج من الحياة ·

ويزعم الدكتور المذكور ايضاً ان السبب المباشر لتسوس الاسنان هو الحوامض التي تتولد في الفم · فلو كان ذلك صحيحاً لوجب ان يبدأ التسوس في جميع سطوح السن على السواء لان سطح الميناء الخارجي اذا فحص تحت المجهر ظهر كثير الشقوق والوهاد تغطيه طبقة من الغشاء المخاطي · ومن السهل ان تحبس في هذه الشقوق مقادير صغيرة من الحوامض تسبب انحلال الميناء الذي هو الدرجة الاولى في حصول التسوس · و يرد البعض على هذا الاعتراض بقولهم ان سطوح السن تنظف دوماً باحتكاك الطعام بها وان الحامض المحصور في هذه الشقوق الصغيرة عرضة للتغير الدائم تبعاً لتغير حموضة الفم العامة · غير ان ما يصح ان يقال عن هذه الشقوق المجهرية من عدم بقاء محتوياتها على درجة واحدة من الحموضة يصح ان يقال ايضاً عن الشقوق والوهاد الكبيرة التي يبدأ فيها التسوس عادة · فان الغشاء المخاطي الذي يغطي فضلات الطعام الراسبة في هذه الشقوق ليس محكماً ليمتنع معها دخول اللعاب لهذه الشقوق وتعديل حموضة محتوياتها ·

وفضلا عن ذلك فقد دل الاحصاء على ان التسوس في الافواه المصابة بالتقيح اللثوي ليس باكثر حدوثاً ولا باسرع سيراً منه في الافواه السليمة من

هذا المرض · هذا في التقيح الافقي · اما في العمودي فتكاد تكون الاسنان منيعة على التسوس مع ان جيوب القيح اشد ما تكون ملائمة لانحباس الحوامض بل هي في الواقع اشد ملائمة لذلك من الشقوق والوهاد على سطح الميناء · ومع ذلك فحصول التسوس في السطوح المجاورة لهذه الجيوب نادر جداً ·

هذا من جهة الحوامض وتأثيرها المباشر · اما من جهة علاقتها بالجراثيم المحدثة للتسوس فقد تبين معنا فيما سبق انها توقف نمو هذه الجراثيم · ولو كانت الحموضة العامل المهم في حصول التسوس لكان التأكل الذي يحدث في اعناق الاسنان تسوسا والواقع ان الاول يختلف عن الثاني كل الاختلاف مجهرياً وسريرياً ·

هذا تفنيد الدكتور سمث (Smith) لنظرية الدكتور ملر (Miller) الذي ينسب حدوث التسوس اثناء الحمل الى نقص المواد الكلسية في نسج السن · اما الدكتور ماجيتوت فينسب ذلك الى ازدياد حموضة الفم اثناء الحمل · ونكتفي في الرد على ذلك بالقول ان حموضة اللعاب لا تستقر على حال بل هي في تغير دائم فضلاً عن ان الحوامض ليست العامل المهم في احداث التسوس · ثم انه لو صحت النظرية القائلة بان الحمل احد اسباب التسوس لوجب ان يحصل التسوس في اسنان جميع الحاملات على السواء مع ان المشاهد غير ذلك كما اثبتت احصاآت الدكتور زيسكن المذكورة اعلاه ·

وافضل ما نختم به مقالنا هذا فذلكة صغيرة للدكتور راندال

(Randall .) اوضح فيها سبب نشوء الاعتقاد الشائع بان الحمل احد اسباب التسوس فقد قال المذكور ان ذلك يرجع الى امرين : الامر الاول هو ان اكثر الحفر التي تشاهد في اسنان الحامل قد ابتدأ التسوس فيها قبل الحمل · ولو كان استعمال الاشعة المجهولة شائعاً في تلك الايام كما هو اليوم لتمكنوا من اكتشاف تلك الحفر منذ ابتداء التسوس فيها قبل الحمل · والامر الثاني هو ان اكثر الحاملات يهملن امر الاعتناء بصحة افواههن فينتج من ذلك كثرة التسوس المشاهد هذا اذا صحت النظرية القائلة بان اهمال تنظيف الاسنان يوءدي الى تسوسها ·



شذرات لغوية

« ٣ »

للطالب السيد مسلم القاسمي

٢٣ — الحقب [1] : ومن المصطلحات الطبية ترجمتهم (Dysurie) بعسر البول ، أوصعوبة اطراح البول والخ ، والعرب تقول في هذا الصدد « حَقِبَ فلان ، واصابه الحقب » ورد في القاموس « حَقِبَ كفرح تعسر عليه البول من وقوع الحقب » فالحقب « بفتح الحاء والقاف » ملائمة تماماً لهذا المصطلح الافرنجي فنقول بعد الان اصيب الشخص بالحقب وليس بصعوبة التبول .

٢٤ — السبلة ، التفرة ، النثرة : ومنها قولهم « الثلم ما تحت الانف » مقابلة للتعبير الافرنجي (sillon sous nasal « philtrum ») ويقولون عنها ايضاً الثلم ما تحت الوترة ، وخير لنا ان نقول هنا « السبلة » بفتح البـاء « وهي الدائرة في وسط الشفة العليا » او ان يقال « التفرة » بفتح التاء وكسر الفاء وهي « النقرة

(١) المجلة : ونفضل الأُطام وهي من وضع العلامة الاب انستاس ماري الكرملي لان الحقب وان تكن صحيحة الوضع والمعنى تدل ان عسر البول في الجمل وقتي ريثما يزال الحقب عن ثيله فاذا ازيح قضى حاجته فهي لا تدل على داء اما الأُطام فهو حصرة البول من الداء ومستعمل للرجل والبعير . والرجل المصاب مأطوم (dysurique).

في وسط الشفة العليا » كما ورد في القاموس · وقد جاء في معنى « النثرة » ما ينطبق على ما ذكرناه ، فما لاساتذة التشريح والاطباء الا ان يتخيروا لفظاً من هذه الالفاظ التي اوردناها ·

٢٥ — اللعوة : ومنها قولهم « الهالة ما حول حلمة الثدي » او « الهالة الثدية » وهو الجلد المصطبغ بالسمرة حول حلمة الثدي ، والمصطلح هنا اطول من تعريفه من اجل هذا كان لا بد لنا من ان نستعمل « اللعوة » بفتح اللام وهي كما ذكر عنها الفيروزبادي في قاموسه انها « السواد حول حلمة الثدى » فنكتفي بهذه اللفظة شر التطويل المزعج ·

٢٦ — الشثن : ومنها قولهم تكثف البشرة ترجمة لكلمة (callosité) أو تصلب الجلد (sclérodermie) والصواب ان يقال « الشثن » بفتح الشين والثاء ·

جاء في القاموس « شثنت كفه كفرح وكرم شثناً وشثونة خشنت وغلظت فهو شثن الاصابع » هذا يقع لمن انهكوا بشرتهم ودئبوا في عملهم كما يقع للزراع والعمال فتغدو بشرة ايديهم خشنة الملمس »

وقد جاء في جسأ ما يرادف ما ذكرناه من المعاني « جسأت يده من العمل اي صلبت والجسء الجلد الخشن ويد جسآء مكنبة من العمل ·

٢٧ — قابض ، عفص : ومنها قولهم (دواء قابض) وهو ما يمسك بالامعاء كالافيون وقولهم ايضاً « ان طعم الدواء الفلاني قابض » وذلك عندما يأخذ باطراف اللسان كالعفص مثلاً ·

فغدت لفظة « القبض » هنا مستعملة في موضعين مختلفين فيجب ان

نفرق تأثير العلاج في الفم عنه في الامعاء فنقول للأول « ان طعم الدواء عفص وبه عفوصة » وهو الطعم الذي يشعر به كل من يتناول العفص وما كان على شاكلته ٠

قال الزبيدي في تاجه « العفوصة : المرارة والقبض اللذان يعسر معهما الابتلاع وهو عَفِص ككتف » ٠

ونقول للدواء الثاني « ان تأثيره قابض [1] » كما لو جرعنا المريض الافيون او تحت ازوتاة البزموت لاحداث القبض ٠

٢٨ — السمادير [2] : ومنها قولهم يرى المريض الذباب الطائر ترجمة (mouches volantes) ٠

على ان المريض لا يرى في الحقيقة ذباباً طائراً بل ان كثافة تعرض له في الجسم الزجاجي او العدسة البلورية فيتراءى للمريض سواد لا يلبث ان يزول سماه علماء الفرنجة (mouches volantes) تشبيهاً له بالذباب الطائر ٠

ولو استعملنا في هذا الموضوع لفظة (السمادير) لكان افضل اذ ورد في فقه اللغة في فصل عوارض العين قوله « اسمدرت عينه اذا لاحت لها سمادير وهي ما يتراءى لها من اشباه الذباب وغيره عند خلل يتخللها » ٠

وذكر صاحب التاج « السمادير ضعف البصر او شيء يتراءى للانسان من ضعف بصره » ٠

---

(١) او عقول لان العقول ما يعقل البطن من الادوية (المجلة)

(٢) نبهنا الى هذه الكلمة منذ بضع سنوات (المجلة)

٢٩ — السلخ لا التسليخ : ويقولون « فن التسليخ » كما يقولون « علم التشريح » والثانية صحيحة لان الفعل فيها « شرّح » بتشديد الراء فيأتي المصدر تشريحاً اما الاولى فقد جروا فيها على نسق الثانية وقالوا تسليخاً كما قالوا تشريحاً والصواب ان يقال « السلخ » لان الفعل سلخ والمصدر هو « السلخ » لا التسليخ ورد في القاموس المحيط « سلخ كنصر ومنع كشط ونزع » ·

٣٠ - النعظ لا الانتعاظ : ويقولون ايضاً « الانتعاظ » وهو غلط وصوابه « النعظ » وتحرك العين ايضا والفعل نعظ ينعظ كقطع كما ذكره صاحب القاموس ·

مستحدثات طبية

للطالب السيد مسلم القاسمي (مترجمة عن جرائد الغرب)

تأثير الساليرغان (salyrgane) المدر :

اذا حقن الشخص السالم بالساليرغان لا يحدث اقل تبدل في مقدار البول، اما في جميع الحالات التي يصحبها انحباس السوائل في البدن فالحقن بالساليرغان يكثر المفرزات البولية و يلقي السوائل المنحبسة ٠

ولم يبدُ للساليرغان في سياق تجربته على خمس وعشرين مريضاً اقل تأثير في احداث البيلة الآحينية او انطراح الاسطوانات البولية الا اذا كانوا مصابين سابقاً بالتهاب الكلية ومتى كانوا مصابين بآفة كلوية لم يكن للساليرغان فعل في جعلها اكثر وخامة ٠

كل هذا قد ثبت لمن كانوا يشرفون على المرضى ويتتبعون احوالهم فانهم كانوا يحقنون (٢٠ حقنة ، في كل يومين واحدة) ٠

ويوءثر هذا العلاج في الوذمات الدورانية المنشإ اسرع من تأثيره في سواها غير ان الحبن الكهبي (ascite cirrhotique) يتحسن ايضاً ٠

والتجارب التي اجريت في مدة عام واحد عن هذه المادة تسيغ لنا بان نعد هذا العلاج علاجاً خاصاً في الوذمات الدورانية المنشإ المستعصية على كل علاج ٠

مقابلة بين عدة تجارب عن معالجة البرداء : عالج جاروسلاوسكي المصابين

بالبرداء بواسطة(١)الكينين (٢)السلفرسان مع الكينين (٣)السبيروسيد مع الكينين (٤) السبيروسيد (٥) البلاسموشين (plasmochine) البلاسموشين المركب .

فعلاج هوءلاء المرضى بالسبيروسيد وحده اعطى نتائج كانت نسبة النكس فيها (٥٦،٢) ٪ وهي نتائج لا تسر كثيراً ، ثم جرب السبيروسيد والكينين فكانت نسبة النكس ٤٠ في المائة . اما علاج هوءلاء المرضى بالسلفرسان والكينين فكانت نسبة النكس فيهم (٣٤ ، ٥) في المائة و بالكينين ٢٥ في المائة .

اما النتائج القيمة فقد كانت بجانب البلاسموشين الذي كان نكس المرض فيه على نسبة ٧،٤ في المائة .

فعلاج الحمى الثلث الخبيثة (la tierce maligne) بالكينين كان النكس فيها (١٢ ، ١) في المائة وبالبلاسموشين ٨،٣ ٪ وفي علاج البرداء الناكسة كان للبلاسموشين تأثير بليغ اذ لم تتجاوز نسبة النكس فيها (٤ في المائة) .

ففي معالجة الشكل الثلث الخبيث من البرداء بالبلاسموشين لم يدُ ادنى تشوش كالم المعدة والازرقاق (cyanose) او دوي الاذن و بالمقابل كان في الحمى الثلث السليمة من البرداء حوادث ازرقاق بنسبة ٣٤ ٪ ، وعلى كل يجب الا يقطع العلاج بل يعطى بمقادير متناقصة تدريجياً ، حتى ان الاحوال النادرة من اضطرابات المعدة التي تحدث اثر تناول هذا العلاج ليس لها اهمية تذكر .

وبما ان البلاسموشين ليس له طعم فهو سهل التناول ولا محذور يلصق بجانب هذا العلاج (على رأي ج) الا خفضه الحرارة يبطء ، وليس من الحكمة ان نعتد لهذا ازاء ما له من التأثير القاطع في احوال النكس .

السبيروسيد (spirocide) : في معالجة الزحار المتحولي وفي بعض آفات

معوية ناجمة من الحلم « protozoaires » ·

عالج الحكيم جاكوبي ما يزيد عن مئتي مريض اصيبوا بتعفن مصدره المتحولات الحالة للنسج[1] (entamœba histolytica) واللمبليات والدويبات المشعرة[2] (trichomonas) بالسبيروسيد ، فكان جزيل الفائدة كبير النفع في (٤٣) مريضاً كانوا مصابين بالمتحولات الحالة للنسج ، وثمانية بالمتحولات الحالة للنسج والدويبات المشعرة ، ومريض واحد بالزحار المتحولي والدويبات المشعرة ، وثلاثة باللمبليات المعوية ، واثنين باللمبليات والدويبات المشعرة ، واثنين باللمبليات و (١٣) بالدويبات المشعرة ·

وبعد (٣ — ٤) ايام مرت على المعالجة بدأ التحسن الملموس يظهر شيئاً فشيئاً · وبعد اسبوع كان منظر الغائط طبيعياً (بالعين المجردة والمجهر) · ولقد ظلت عشر حالات منيعة على هذا العلاج ·

(جمعية اطباء براغ في المانيا ٢٧ — ١ — ١٩٢٨)

معالجة العصاب الوركي الطبية :

ان العلاج الذي ما برح مجهولاً في معالجة العصابات هو السوبرارينين (suprarénine) · ومنذ سنوات عديدة احرز «س ·» نتائج باهرة في معالجة تلين العظام (ostéomalacie) به وفي بعض انواع الحرض · وكانت النتائج محسوسة في زوال الآلام وتناقص التورم · ومع ذلك فالسوبرارنين اظهر من الفائدة في معالجة العصاب الوجهي والعصاب الوركي (بطريق ما تحت الجلد) ما ترتاح اليه

---

(١) و (٢) كلا اللفظين من ترجمة الاستاذ الحكيم احمد حمدي الخياط (نقلا عن مصنفه الحديث في فن الجراثيم)

نفس الطبيب . وليست هذه النتائج التي ذكرناها عرضية صرفة وموقتة بل ان التجارب العديدة تبيح لنا الحصول على شفاء مديد .

اما في الربو الاسامي (asthme essentiel) فقد استطاع هــذا العلاج ان يكون له من التأثير ما للبيراميدون وفي الشرق (السعال الديكي) ما للكينين .

وصفوة القول ان السوبرارينين هو علاج عظيم الاهمية يسدد في وجــه العصابات وآلام المفاصل (anti-anthralgique) والحرض (anti-arthritique) .

تجارب سريرية بالاومنادين في آفات الاذن والبلعوم

عولج من المرضى في سريريات برنفلد في القدس بالاومنادين (omnadine) (١١٥) مريضاً كانوا مصابين بخراجات حول اللوزة ودمل مجرى السمع الظاهر والتهاب الاذن الحاد فكانت نتيجة العلاج ما يأتي :

١ً — قصر مدة المرض .

٢ً — سقوط الحرارة بسرعة

٣ً — تحسين آني في المريض

وفي الترشحات (infiltrations) مــا حول اللوزة تكفي حقنتان او ثلاث حقن يومياً منه لازالة الالتهاب فيها او لانفتاحها والتهابات الاذن تعامل المعامــلة ذاتها ومتى لم يكن تقيح بعد بل احمرار غشاء الطبل المرافق لألم الاذن وصداع مبرح تتلاشى مظاهر الالتهاب بحقنة او ثلاث حقن من الاومنــادين وفي الوقت نفسه تسقط الحرارة والآلام تخف بصورة محسوسة .

معالجة الحروق المجهضة بالكحول الصرفة : سئلنا مراراً عن قيمة معالجة الحروق بالكحول وعن طريقة فعلها فلم نجد افضل من الاسطر التي خطها الدكتور فيره

منذ بضع سنوات في مجلة الجمعية الطبية الجراحية في الهند الصينية ·

تستعمل من الكحول الكحول الصرفة (بدرجة ٩٤) و يجب ان تستعمل في الحروق من الدرجتين الاولى والثانية منذ الدقائق الاولى الذي يحصل فيها الحرق وطريقة استعمالها ان يغمس القسم المحروق في مغطس كحول او ان تبلل رفادات جيداً بهذا السائل وتوضع على السطح المحترق اذا كان غمسه متعذراً فالكحول بفعلها القابض تجهض الحرق وتمنع الحويصلات عن التكون وتمحو العراقيل التي قد تنجم منها · والفائدة تظهر بعد بضع دقائق لان نزع الضماد ممكن بعدها دون ما حاجة الى اعتناآت اخرى فالبشرة المعراة تبقى حمراء ثم تتقشر صفائح دقيقة بعد بضعة ايام تاركة جلداً جديداً وندبة قليلة الظهور · ونضيف الى هذا ان وضع الكحول ليس موءلماً كما يظهر لا بل هي في بعض الاوقات مخدرة ·

مقتطفات حديثة ايضاً

للدكتور كمال زوده من طرابلس الشام

علامة جديدة باكرة في الحصبة :

تشخيص الحصبة قبل ظهور النفاطات مهم في الوقاية لذلك كان للتدقيقات التي قام بها مجدداً المجمع الطبي الاميركي في نيويورك . في ما كتبه الدكتور ستيمسون (Stimson) شأن يذكر . فقد اثبت ان هناك علامة جديدة تظهر حتى قبل لطخات كوبليك وهي انتباج خفيف في الجفن السفلي وخط احتقاني واضح الحدود يعترض هذا الجفن قريباً من حافة الغضروف الظفري وفي ثلث المسافة الكائنة بين حافة الجفن ورتج المنضمة .

اما مدته فقصيرة جداً لان الاحتقان ينتشر خلال يوم او يومين انتشاراً سريعاً الى المنضمة المحيطة فالمنضمة الجفنية .

وتتعاقب اعراض المرض حسب تحريات الدكتور ستيمسون على النمط الآتي :

اولاً تظهر الحرارة ويبدو بعدها باثنتي عشرة ساعة انتباج في الجفن السفلي ثم يظهر الخط الاحتقاني في الوقت نفسه الذي تظهر به النفاطات البلعومية وبعد اثنتي عشرة ساعة تظهر النزلة وبعدها باثنتي عشرة ساعة اخرى تظهر لطخات كوبليك واخيراً في ختام ٣٦ ساعة تظهر النفاطات الاساسية ويرافق دور الصولة هذا انحطاط عام وآلام رأسية (آ ه) .

طريقة سريعة واكيدة في تسكين الام الاسنان والاذن :

اذا شاهدنا مريضاً متألماً من اسنانه واردنا تسكين ذلك بطريقــة بسيطة نأتي بقنينة فيها زيت الخردل الايثري ونطلب من المريض ان يغلق فمه وعينيه ويسد فتحة انفه الموافقة للجهة السليمة ثم نضع القــارورة قرب منخره المناسب للجهة المتألمة ونسأله ان يشهق بشدة من انفه فتظهر في الحال اعراض تخرش نهايات المثلث التوائم الحسية وهي احمرار في الوجه ودماع و يسعل المريض اذا نسي ان يغلق فمه و يسكن بعد هذه الاعراض المزعجة في الحال الم سنــه مهما كان شديداً وبمثل ذلك يسكن الم الاذن الناتج من التهاب الاذن الوسطى الحــاد .



كتب حديثة

ذكرى البطريرك غريغوريوس الرابع : هو كراس يقع في ٦٣ صفحة بقطع الثمن طبع في المطبعة الادبية في بيروت سنة ١٩٢٩ مزين ببعض الرسوم وضعه الاستاذ العلامة عيسى اسكندر المعلوف بمناسبة مرور السنة الاولى على وفاة العلامة الطيب العين والاثر غريغوريوس الرابع الحداد بطريرك انطاكية وسائر المشرق للروم الارثوذكس . وقد جاء فيه بنبذة مختصرة عن تاريخ آل حداد الذي ينتمي غبطةالبطريرك اليهم ثم ذكر نشأة الفقيد وانتخابه بطريركاً انطاكياً واثارهالعلمية والادبية وعدد صفاته واخلاقه وذكر اسماء الاساقفة الذين سامهم والتلامذةالذين علمهم في بلادنا وخارجها ونتفاً من خطبه ورسائله ومنظوماته واقوال المشاهير في مدحه وتأبينه فجاءت رسالة لحمتها وسداها التمحيص ككل ماتنفثه يراعة موءرخنا الشهير .

وقد كنا نتمنى لصديقنا الفاضل حياة سعيدة ينصرف بها الى اعمالهالعلمية لا تكدرها المصائب فاذا بالدهر قد راش من قوسه سهماً فاصاب به في السابعمن كانونالثاني في سان باولو (البرازيل) غصناً يانعاً من دوحة هذه الاسرة المجيدة وزهرة فائحة الاريج من زهرات هذا البيت العزيز ولم يشفق على ذلك الشباب الغض ولاعلى ذينك الابوين .اجل قضى فوزي نجل الاستاذ العلامة عنثلاثين عاما بعد ان صرف العشر الاخيرة منها هزاراً مغرداً في دوحات الادب فاعجب بتغريده من سمعه من ابناء الضاد والاعاجم ونقل بعض قصائده شعراء الغرب الى لغاتهم وقد عرفه معهدنا الطبي حين كان كتوماً فيه وعرف فيه كل من

عاشره وخبره من روءساء واساتذة وطلبة الصفات الحميدة النادرة والادب الجم وان مجلة المعهد ترفع بلسان الجامعة الى والده العلامة وافراد اسرته الكريمة عواطف التعزية والاسف سائلة للفقيد السعادة الابدية ولاهله الصبر على فقده ٠

مجلة الرياضة البدنية : اهدى الينا الاستاذ محمد فائق الجوهري مدير معهد التربية البدنية بشبرا بالقاهرة عدد يناير من صحيفة المعهد الخاصة حافلاً بالابحاث القيمة في الصحة والجمال والرياضة البدنية والاغذية والزواج والعلاقات التناسلية وكل ما يتعلق بالحياة الجسمية للمرأة والرجل ٠مطبوعاً طبعاً متقناً على ورق مصقول وهو يطلب من المعهد راساً ومن المكاتب الكبيرة وثمن العدد ٣٠ مليماً والاشتراك ٣٠ قرشاً في السنة ٠ فنشكر المعهد على هديته ومجهوده في سبيل خدمة الجنس البشري ونحث القراء على اقتناء هذه الصحيفة الجديدة في نوعها

الجزء ٣ المجلد ٧

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٣٠ م • الموافق لشوال سنة ١٣٤٨ هـ

السرطان

وبعض ملاحظات عن اسبابه ولا سيما الالتهابية والانتانية

للدكتورين مرشد خاطر وشوكة الشطي

الاستاذين في معهد الطب بدمشق

السرطان كان ولا يزال شغل العلماء الشاغل جرب فيه الباحثون سلاحهم منذ صادفوه فعاد كليلاً وسعى المدققون منذ عرف الطب الى كشف غوامضه فتاهوا في مجاهله وما سبب تلك الخيبة الا الغوامض التي تحيط به من كل اطرافه والمسالك الوعرة التي لا يتسنى للعابرين اليه سلوكها ولسنا نرمي في مقالنا هذا ان نبدد الظلمات وننير اسباب السرطان فنحن كسوانا عاجزون عن سلوك هذا المسلك الوعر غير اننا نتوخى دعم نظرية ظهرت منذ امد قليل وكان يظنها

البعض جديدة في عالم الطب فاذا بها قد مرت عليها القرون واذا بواضعيها قد رثت عظامهم في اجداثهم وبليت نظريتهم معهم ثم عادت فنشرت وما تلك النظرية سوى علاقة الالتهاب والتعفن بالسرطان علاقة لا نستطيع ان نثبت انها سببية وليس لدينا البراهين الدامغة للإثبات بل انها مساعدة وهذا ما نقوى على دعمه بالمشاهدتين اللتين سنوردهما في هذا المقال ٠

قلنا ان النظرية التي ذكرناها ليست بالجديدة فقد عرف السرطان المصريون القدماء قبل المسيح بالف وخمسمائة سنة ودونوا عنه بعض المشاهدات وتابع اليونانيون هذا البحث فقسم ابقراط السرطان انواعاً وذكر اعراضه وبحث فيه جالينوس ولم يهمله اطباء العرب النوابغ الذين كانوا حملة لواء العلوم في عهد حضارتهم ٠ بل كان يعالجه ابن سينا بالزرنيج ولعل ما ذكره عن شفاء بعض آفاته بهذه المعالجة لم يكن الا زهرياً قد ارتدى ثوب السرطان ٠ واوصى غيره بكيه وجرب سواه استئصاله بالطرق الجراحية الواسعة ٠

وجاء اخيراً هونترفوضع نظريته في تولد السرطان وبحث فيها عن الالتهاب وجاراه في هذه الفكرة لايناك الذي كان يعتقد ان الالتهاب يعد البيئة الملائمة للاورام ولم يكتف ديتران بقبول هذه الفكرة بل غالى فيها الى القول بان اسباب السرطان التهابية وانتانية ٠

وبحث الاستاذ دوروكس في كتابه عن اسباب السرطان وعلاقته بالالتهابات المزمنة ولا سيما الزهري فقال كثيراً ما تنقلب الافة الزهرية التي تنبت في الفم او اللسان او الاعضاء التناسلية سرطاناً فهي تبدو كالطلا اولاً ثم

تتسع وتتشقق وتتبرعم ولا تلبث ان تسير سيراً سرطانياً ٠

ويذكر هذا المؤلف ايضاً حادثة امرأة رض ثديها فالتهب وتسرطن بعد مدة وجيزة ٠

ونذكر بهذه المناسبة حادثة رواهـا احد الزملاء وهي ان امرأة شابة عض طفلها ثديها وهو يرضع فالتهب الثدي ونقيح ثم اصيب بالسرطان نظير النخاع والحوادث عديدة من هذا النوع يطول بنا سردها ٠

وما يقال في الالتهابات يقال في التخرشات سواء أ كانت بالمواد الكيماوية كالقطران او بالاشعة المجهولة او بسواهما ٠

فيتبين مما اوردنا ان نظرية السرطان والالتهاب ليست بالنظرية الجديدة ولا نحن ندعي خلقها في عالم الطب وقد ملأت المشاهدات عنها بطون المؤلفات بل اننا ممن يعتقدون بهذه العلاقة وقد تعددت لدينا المشاهدات المثبتة لها واننا اذا اقتصرنا في بحثنا على مشاهدتين فقط فلأننا نتحاشى التطويل ولان المشاهدتين المذكورتين قد ثبت تشخيصهما بالمعاينة التشريحية المرضية بيد ان المشاهدات الاخرى التي لا نشك اقل الشك في طبيعتها السرطانية لم يتسن لنا درسها النسيجي المرضي ولكننا كنا مقتنعين تمام الاقتناع بالمشهد السريري الذي لا يدع مجالاً للشك في الطبيعة السرطانية وبالسير الذي افضى في جميع تلك المشاهدات الى الموت ٠

اما الان وقد اتينا على هذه المقدمة الموجزة فليسمح لنا القراء الكرام بايراد المشاهدتين ٠

المشاهدة الاولى :

مدام ج · عمرها ٢٨ سنة اصيبت في كانون الثاني سنة ١٩٢٩ على اثر ولادة بتشقق في الثدي فتكونت خراجة حادة آلمت المريضة ايلاما شديداً فجاءت المستشفى العام بعد تكون خراجتها بعشرة ايام مستشفية فشقت خراجتها وانصب صديد غزير منها وثوبر على تضميد جرحها حتى اندمل بعد مرور عشرين يوماً على الشق غير ان الثدي عوضاً عن ان يعود ليناً مرناً بقي صلبا مكان الخراجة الامر الذي أقلق المريضة فجاءت عيادة احدنا في ٥ شباط تسأله رأيه في هذه العجرة الصلبة فتبين له من فحصها ان ذاك الورم ملتصق بنسيج الثدي غير ان الجلد متحرك عليه وان الحلمة غير منكمشة وان العضلة الصدرية الكبيرة غير مصابة لان الثدي كان يتحرك عليها دون ان يكون له بها اقل التصاق وان عرض قشرة البرتقال لم يبدُ على جلد الثدي ولم يشعر في الحفرة الابطية الا بعقدة بلغمية صغيرة بحجم اللوزة متحركة موءلمة بعض الايلام · فشك في طبيعة ذلك الورم واشار على المريضة باستئصال ورمها اولاً ومعاينته معاينة نسيجية حتى اذا اثبتت المعاينة طبيعته السرطانية عاد الى استئصال الثدي برمته مع ما في الابط من العقد ·

وهكذا كان لان المريضة قبلت بما اشير به عليها فاجريت عمليتها في العاشر من شباط وارسل الورم الى دار التشريح المرضي حيث عاينه معاينة دقيقة احدنا واثبت طبيعته السرطانية وبلغت النتيجة الى زوج المريضة واشير عليه بالاسراع في استئصال ثدي امرأته والعقد البلغمية قبل النكس غير انه سألنا قبل الاذعان لحكمنا ان نعطيه قطعة من الورم ليجري معاينته النسيجية في بيروت ايضاً فكان له ما طلب وبعد فحصه في دار التشريح المرضي في معهد بيروت الفرنسي جاءت المعاينة مثبتة لطبيعة الورم الخبيثة فلم يتردد اذ ذاك بقبول ما اشرنا به عليه وقد اجريت العملية الثانية للمريضة في الثاني عشر من اذار واستئصل ثديها وما تحت ابطها من العقد البلغمية وبعث بها الى التشريح المرضي ايضا للمعاينة فظهر ان الاستحالة السرطانية لم تبد في العقد وقد اندمل جرح المريضة بالمقصد الاول وتركت المستشفى العام بعد اثني عشر يوماً سليمة وهي حتى الان صحيحة البنية ولم ينكس داوءها ·

الفحص التشريحي المرضي : هذا الورم صلب ضارب الى الايبضاض ليفي يحدث صوتا حين قطع بعض اجزائه التي يكثر فيها النسيج الضام ويبدو حين كشط اجزاء اخرى بالسكين عصير لبني المنظر ·

الفحص النسيجي : في بعض المناطق نسيج مؤلف من شبكة ضامة نامية كثيفة تكثر فيها العناصر البلغمية : كريات بيضاء كثيرة النوى ، كثيرات التصوير ، خلايا المصورة مما يثبت من الوجهة النسيجية ايضا صلة هذا الورم بالتهابات مزمنة قاطعتها هجمات التهاب حادة و يسكن جيوب الشبكة الليفية خلايا سرطانية كشمية نواها جسيمة مبرعمة و بعضها منقسم انقساماً خيطياً شاذاً . اما طريقة نمو هذا الورم فيستدل عليها بفحص عدة مقاطع محضرة من الورم المذكور حيث يرى في بعضها منظر يدل على التهاب القنوات الايبتليالية فقط ويرى في مناطق اخرى علاوة على منظر الالتهاب ان الابتليوم اخذ يتشعب في المجاري اللبنية والعنبات و يتركب طبقات عديدة وتشاهد في محضرات نسيجية مأخوذة من امكنة اخرى ان الخلايا الابتليالية اصبحت ضخمة و كبرت جداً فشقت الغشاء القاعدي وانتشرت في الصقل الضام واخذت تنمو نموا سريعاً وتفاعل النسيج الضام تجاهها فاحدث التركيب السنخي . و يلاحظ في مناطق اخرى وهي الاكثر عدداً ان النسيج الضام هو المتغلب مما يدعو الى الظن بكون السرطان صلداً .

المشاهدة الثانية :

السيد ج . س . له من العمر ثلاثون عاماً اصيب منذ بضع سنين بناسور شرجي فعالجه بالادوية المعتادة فلم يشف واستئصل جراحياً فلم يبرأ فاخذ يضمده و يستعمل كل ما كان يصنعه له الدجالون من الأدوية المخرشة فكانت تطرأ عليه حينا بعد اخر هجمات حادة سببها الاشتراكات الجرثومية التي كان يدخل عواملها المرضية بتضميداته القذرة وكان كلما طرأت عليه هجمة التهاب حاد يهرع الى احد الاطباء فيستعمل له بعض المطهرات و يضمد ناحية ناسوره تضميداً طاهراً فتزول الهجمة الحادة و يعود الناسور الى سيره المعتاد .

الى ان جاء صيف سنة ١٩٢٨ فشعر ان في اطراف ناسوره عقيدات صغيرة قد تقرحت فظن ان الالتهاب قد عاوده وعالجه بالطرق التي الفها وكان عجبه شديداً اذ رأى ان الوسائط المذكورة لم تخمد ما ظنه التهاباً فاستشار الاستاذ عبد القادر بك سري فافاده ان ناسوره السلي لم يعد ناسوراً سلياً بل ربما كان سرطاناً واوفده الى الاستاذ طاهر بك الجزائري ليبدي رايه فيه فطلب منه الاستاذ المذكور ان يأتي الينا لنقطع خزعة من ورمه ونفحصها فحصاً نسيجيا ونعطي عنها جوابا قاطعا .

الفحص التشريحي النسيجي : ورم متقرح ينز منه مهل نتن ، يشبه نسيجه نسيج لحم الخنزير مكتنز تعلوه ادران صغيرة ٠

الفحص النسيجي : اذا تتبعنا البشرة من الجلد السليم الى الجهة المريضة نرى ان الابتليوم السطحي قد زال بعامل التقرح وتبدو لنا الادمة مملوءة كتلا قائمة تنفذ في العميق يفرق بعضها عن البعض الاخر نسيج في وسطه عناصر السل الواسمة : ادران نموذجية مكونة من خلايا عرطلة ، خلايا نظيرة البشرة ، بلغميات وادران ناقصة مؤلفة من عنصرين من العناصر المذكورة و يتألف محيط هذه الكتل من خلايا تشبه خلايا طبقة البشرات الحليمية الادمية المنتشة ومركزها من خلايا مضلعة شائكة من نوع خلايا جسم ملبيغي الخاطي وهي نامية تحت الغشاء القاعدي بعد ان اخترق وترى في وسط هذه الكتل كرات كبيرة بيضيـة الشكل او غير منتظمة وهي الكرات المقرنة وتتركب هذه الكرات من صفيحات قرنية متحدة المركز شبيهة بلب البصل ٠ وقد شوهدت في الخلايا اشكال انقسام خيطي شاذة ٠

وترى بين الخلايا في النسيج الضام عدا الادران كريات بيضاء كثيرة النوى وخلايا المصورة و بلغميات ٠ وتشاهد تحت الجلد غير المتقرح في الادمة عناصر السل والالتهاب ٠
فالآفة اذن هي سل طرأت عليه هجمات التهاب حادة فتحول الى سرطان ٠

لندقق في هاتين المشاهدتين سريرياً فنرى ان مريضتنا الاولى اصيبت بتشقق حلمة ثديها الايمن وما لبث الانتان ان استولى على الغدة فكون خراجـة حـادة فشقت واندمل جرحها ولكن عوضاً عن ان يستمر هذا الشفاء ويعود الثدي لينا بقي صلبا مكان الخراجة والتصق هذا الورم الجديد بنسيج الثدي غير ان الجلد كان متحركا عليه والحلمة لم تكن منكمشة والعضلة الصدريـة لم تكن مصابة الى غير ذلك من الاعراض التي لا تدل على سرطان فضلا عن ان عمر المريضة لا يتجاوز الثامنة والعشرين ربيعاً فاستئصل الورم وارسل الى مخبر فن النسج فكان الجواب سرطاناً تخالطه عناصر التهاب اقدم منه عهداً ٠ وقد بين الفحص النسيجي

كالاعراض السريرية ارتباط تولد الورم بالالتهاب فهناك عناصر التهاب حادة فمزمنة فضخامة الابتليوم فجسامة الخلايا وكشمها فسرطان.

لنعد الى المشاهدة الثانية ، كان المريض مصاباً بناسور سلي طرأت عليه التهابات حادة في سياق سيره ولم يلبث ان استحال سرطاناً فيكون السل قد اعد البيئة للسرطان .

يستنتج من التدقيق في الاعراض السريرية والفحص النسيجي في هذين المريضين أن للالتهاب والسل صلة مقصودة بالسرطان .

وهذا ما اردنا تبيانه دفاعاً عن نظرية الالتهاب الذي اراد بعض المؤلفين طيها .



الضنك

نشرت مجلة الطب (la Médecine) في جزء كانون الاول سنة ١٩٢٩ مقالة افتتاحية للدكتور تانون (Tanon) الاستاذ في معهد الطب بباريس بحث فيها عن الامراض العفنة في السنة المنصرمة وصدرها بالكلام عن (الضنك) وبما انه قد جاء في بحثه على نقد ما نشرته المجلات الطبية في تلك السنة عن هذا الوباء وكان القراء الكرام قد قرأوا على صفحات مجلتنا الكثير عنه رغبنا الا تفوتهم اراء عالم كبير كالاستاذ تانون وقد شاء صديقنا وزميلنا الاستاذ شوكت بك الشطي ان يترجم هذا المقال ·

المجلة

الضنك : يكاد لا يعرف في اكثر انحاء فرنسة استولت وافداته على شواطئ البحر المتوسط على سورية ومصر واسبانية وخفت شدتها بعد ماتفشت في بلاد اليونان سنة ١٩٢٧ – ١٩٢٨ تفشياً عظيماً · وبحثت فيه مجلة الطب في عددها العاشر للسنة المنصرمة وذلك بمناسبة ابحاث مانوساكيس وليفياراتوس وفالاتوس وساكورافوس وذكرت عنه تقصيات بلن وكامينو بتروس بما يعود الى انتقال المرض بالطيثار (ستاغوميا) ·

وظهرت هذه السنة تتبعات اخرى مثبتة لما سبقها او متممة لها · وهي موضوعنا الان · فقد خصصت النشرة الطبية (Bulletin Médical) جزءها التاسع والثلاثين من سنة ١٩٢٩ لمرض الضنك وجاءت فيه على معلومات كبيرة

الفائدة يستنتج منها ان ضنك البحر المتوسط مستقل خاص بشواطىء البحر الابيض وانه يمتاز عن ضنوك البلاد الاخرى ·

هذا ما يراه الاستاذان مرشد خاطر وسامي بك الساطي · ويدعم هذان المؤلفان رأيهما بملاحظات حيوية وبطرز سراية المرض فان ضنك سورية نفاطي دائماً يحب الجملة العصبية ويؤذي الكظر بصورة خاصة وهو استيلائي كما بدا في اليونان يصول كل خمسة او عشره اعوام · ويشاهد في اماكن مرتفعة ايام البرد حيث لا يرى بعوض اما ضنوك البلاد الحارة فكثيرة الاشكال ومسدفة (frustes) واقل انها كاً وفصلية وفردية تشاهد في الانحاء التي تكثر فيها المستنقعات · ويبدي سامي بك الملاحظة الاتية وهي لو كان للبعوض دخل حقيقي لقضى الامر بان يخز البعوض السكان جميعهم في آن واحد لان الاصابات كانت عديدة وظهرت في بضع ساعات واصابت سكان امكنة مرتفعة لا وجود للبعوض فيها ·

قد يكون في هذه الملاحظة بعض الشطط لان المرض اذا اتخذ مشهداً خاصاً فلا يعني ذلك انه مرض خاص ·

وبما ان المرض قد ظهر بشكل استيلائي كانت اشكاله السريرية واحدة وبدا مشهدها واحداً كما يقع متى ثبت الاتنان · ولا ترى الاشكال المختلفة الا في الحادثات الفردية ·

غير انه يجوز لنا ان نسلم استناداً الى كثير من المشاهدات والى شخصية هذين الاستاذين البارزة بان لضنك البحر الابيض سيراً خاصاً يختلف عن سير الضنك المشاهد في البلاد الحارة ويبدو مستقلاً عن حمى الايام الثلاثة الناجمة من الحموش

(phlébotome) كما ابان ذلك سريريا الاستاذ ترابو (مجـلة الطب الجزء العاشر ١٩٢٩) ودوبرن ٠ وهذا هو رأي مرشد خاطر وسامي بك اذ لا نفاط في الحمى الناجمة من الحموش ويسير الضنك باربعة ادوار لا تتبدل ابداً في ضنك البحر المتوسط ٠

ويختلف الضنك ايضا عن حمى تونس البثرية (fièvre boutonneuse) التي وصفها كونساي وكونور سنه ١٩٠٨ وسيالوم سنة ١٩٠٩ ٠ وتمتاز هذه بنفاطها الذي يبدو كعقد مبذورة مشابهة لحمص مدور اولطاطات حمامية منتشرة ٠وهي حمى سليمة جداً وليست استيلائية ٠ وقد جرب ترابو ان يميز الحمى البثرية عن حمى مارسلية النمشية التي وصفها بونه واولمر مستنداً الى بعض اعراض سريرية والى توزعها الجغرافي ٠

وكان يعد ملينجر حمي تونس في زمرة الضنك ٠ ويظهر ان هذا التقارب لا يستطاع قبوله ما زال العامل المرضي مجهولا لان بريمية كوفي لم تشاهـد ٠ وليست الملاحظات السريرية التي ابانها ترابو كافية لان حمى تونس البثريـة لا تشبه الضنك الذي وصفه هو وزملاوءه ويجوز ان يشبه يبعض اشكال ضنك البلاد الحارة المسدفة وهي نادرة ٠ ويجب ان تعد هذه الآفات الثـلاث الضنك والحمى البثرية وريبض (حمى نمشية)مرسيليا مستقلا بعضها عن بعض في الوقت الحاضر ٠

اما فيما يختص بضنك البحر المتوسط وضنوك البلاد الحـارة فليس الامر كذلك فربما كان لهما عاملان مرضيان مختلفان الامر الذي لا تستطاع معرفته الا بالابحاث الحيوية فان بريميتي داء المصع (pian)والزهري تكادان تكونان متشابهتين

مع ان الافات المحدثة بهما ليست واحدة وان تشابهت وقد يكون الامر كذلك في الضنوك وهذا ما يجعل استنتاجات ترابو محقة اذيقول ان «ضنوك البلاد الحارة لا تهجر موطنها كما يفعــل ضنك البحر الابيض · فهل ضنك البحر الابيض ياترى مرض نفاطي ؟ · لم يشاهد اورمي في مرضاه الصينيين النفاط مطلقا ولم يره روبر ايضا في مرضاه في بلاد السيام · ويعتقد روجرس و بروشه وفاسال ـــفي تونكن ان النفاط المذكور ناجم من العرق · وهذا ما بين لنا السبب الذي دعـــا روجرس وغرال الى تسمية هذه الضنوك الضنوك الكاذبة او الموهمة ·

وقد ادخل ذلك الشك فينا عن هو يـــة ضنك البحر الابيض وضنوك البلاد الحارة ·

و يصعب علينا بان نعتقد بان ضنك البحر الابيض يضيع نفاطـــه متى عبر الاوقيانوس · وهذا الشك يخامر نفوس زملائنا » ان ما شوهد هذا العام يدعو الى مثل هذه الاستنتاجات غير انه لا يغرب عن بالنا ان المرض الفردي يتصف بصفات شديدة متى بدا بشكل وافدة و يبتعد عن وصفه المعتاد لتأثير العوامل الاقليمية والجغرافية فيه · وقد لا يبتعد ضنك البحر المتوسط الذي شوهد ـــفي هاتين السنتين عن ضنوك البلاد الحارة الا لأنه استولى بشكل وافدة كما ان التهاب النخاع والتهاب السحايا الدماغي الشوكي في حالات الوافــدة لا يشبهان التهاب النخاع والتهاب السحايا الفرديين ·

ان هذه المظاهر السريرية تجيز الجدل ولكنها لا تجيز البت بصورة حاسمة ·

واعتقد ربما يبدي المستقبل خلاف اعتقادي ان ضنك البحر المتوسط هو شكل استيلائي لضنك البلاد الحارة الفردي ·

واما فيما يتعلق باستيلاء المرض فقد اتم بلن مدير موءسسة باستور في اثينا وكامينو بيروس تقصياتهما عن دور البعوض فهما ينفيان انتقاله بالخموش ويميزان حمى الايام الثلاثة عن الضنك تمييزاً قاطعا ·

ولعل تجارب اخرى متممة تحقن بها السعادين بهذه الفوعات المختلفة تنير هذه المسألة لان بلن وكامينو بتروس و ج · دوماس ولورانس تمكنوا من احداث انتان كمين في السعادين بحقنها بدم ذي فوعة يحدث في الانسان مرضاً ظاهراً ·

وقد ذكرنا في الجزء العاشر من سنة ١٩٢٨ في مجلتي (الطب) والعالم الطبي سنة ١٩٢٩ الجزء ٢٥ تقصيات كلالن و برادي ومورن و بورتون ولاجندر وسيل وهيتشنس وماك دونالدوشول الذين اثبتوا ان الطيثار (stegomia fasciata) هو العامل الوحيد في نقل المرض ·

ونذكر ان غرهام سنة ١٩٠٣ واشبورن وكراغ سنة ١٩٠٧ اتهموا الجرجس (culex) ··

وقد درس هذه القضية مانوساكيس وساكورافوس وبلن وكامينو بتروس درساً كاملاً واثبتوا ان الطيثار يصادف في اليونان وان برولە شاهده منذ ١٨٣٢ ·

وقد ابانوا ان هذا البعوض ينقل الداء واليك استنتجاتهم ان الطيثار المغذى بدم انسان مصاب بالضنك يصبح عفناً وكذلك الطيثار المأخوذ من غرف كان فيها مضنوكون و ينقل الطيثار الملوث الداء اذا وخز انساناً بعد انقضاء تسعة ايام على وخزه للشخص المصاب و يبقى البعوض ناقلاً للعدوى مدة مائة وخمسة عشر يوماً · اما الجرجس (كولكس) الملوث بدم مرضي مضنوكين فلا

ينقل المرض بالوخز · ان هذه البيانات مستندة الى تجارب. وهي كافية للاقناع يستنتج من ذلك ان الضنك ينتقل بالطيثار واذا نام هذا البعوض من البرد قد يستيقظ بعد اربعة او خمسة اشهر ويبقى ملوثاً ·

ولا يخفى ان هذه البعوضة ضيفة المنازل وتدخل القاعات النظيفة ومخازن الطعام والمطابخ فتبيض فيها وتستنتج الآراء ذاتها من تجارب اندرسون وكولاس وبلكور المجراة في افريقية الشمالية ·

ويعتقد كارداماتيس مع ذلك ان الحموش قد ينقل ضنكاً مخففاً ·

اما من الوجهة السريرية فقد بحث في العام المنصرم في مجلة (الطب) عن الاعراض وقد خصصت السيدة باناپوتاتو بحثاً ضافياً عن هذا الموضوع واظهرت ان الداء يصيب الاشخاص اياً كانت سنهم وحالاتهم الاجتماعية وان مدة التفريخ من ستة الى سبعة ايام وتبدأ الاضطرابات فجأة فبينما يتمتع الشخص بعافيته يشعر بآلام قطنية او حول المفاصل وكان يبدأ المرض عام ١٩٢٧ في اثينة باقياء وحصر واتجاه الى الغشي ونفاط يظهر في الوجه اولا منذ ايام المرض الاولى وارتفاع في الحرارة ، واحتقان المنضمات وطلوع (exanthèmes) على اغشية المضم المخاطية · وقد ذكر احتقان الوجه كونسي ودوران وابن موسى وكاسوتو · تهجع الاعراض بعد اربعة ايام او ثمانية على الاكثر ثم يظهر النفاط بصفاته الكثيرة الاشكال وبأكلة ولا سيا في الاطفال وقد شوهد فيه رعاف وعصابات او صداع ومعص عضلي موءلم واضطرابات روحية وكسل الملكات العقلية وضمور وضعف ·

ويقول سامي بك ان دور التفريخ يختلف من يومين الى اربعة ايام ثم

يستولي المرض استيلاء متزايداً فتهن الملكات العقلية و يبدو صداع شديد جداً وحمى حتى الـ ٣٩° وقبض والام مستقرة ولا سيما في الطرفين السفليين · ثم يظهر في اليوم الثاني او الثالث بعد زوال الحمى نفاط في الوجه والرقبة والصدر والاطراف بشكل حمامي تتلوه تومنفات نخالية · وتبدو النفاطات المبرعمة او القريصية في اليومين الخامس او السادس وهذا هو النفاط البياني الثاني ·

تناسب هذه الاعراض ما سماه بعضهم بداء الضنك البطني ولا تختلف عنها الا بتبدلات بسيطة ويجب ان نذكر ان ساكورافوس لاحظ ان دور التفريخ قد امتد احياناً الى تسعة أيام وان هناك اشكالاً مسدفة ·

الاعراض التائهة : قد يحدث هذا المرض احتقانات موضعية (مانوساكيس وساكورافوس) فينجم من ذلك نفث دم في المسلولين القدماء واقياء دم في المصابين بقرحة معدية قديمة او بقرحة كامنة · وتعودنوب البهر الى الظهور وفوعة هذا المرض تولد الاحتقان وتزيد التوتر وتنبه العصب التائه · الا ان هذا التأثير الداعي الى الاحتقان لا يحدث الانزفة الا في المصابين بآفات قديمة تحدث النزف · ويستنتج من تجارب شانيوتيس وسكورد ومياكيس ان هذا المرض لا يوءهل للسل الا قليلا ·

العراقيل نادرة عدا تأثير المرض في الكظرين و يبدو ذلك بانخفاض التوتر وابطاء القلب والنهك · ولا يضعف الضنك الجملة العصبية الا قليلاً · وقد شاهد بابادوبولو وهاجي جورج عفونة الدم ونقيحه المميتين والتهاب اللوزتين وداء الدمل والتهاب النكفتين وخراجات حول اللوزتين ولا سيما في بدء النقه وفلغمونات في الاطراف غير ان هذه العراقيل تالية وناجمة من ضعف المصابين

وسوء حالتهم العامة سابقاً و يعتقد جوانيدس ان ذلك ناجم من تغـيرات الكثيرات النوى وتناقص قوتها الدفاعية ٠

وقد شاهد نيقولا يرقانا وتساءل عما اذا كان الضنك حمى صفراء خفيفـة وقد أوضح شرومب بيارون ان اكثر عراقيل الضنك تشفى وما انزفة الرحـم والاتجاه الى الاسقاط على رأيه الا نتيجة طلوع في الاغشية المخاطية العميقة ولا يتلوه اتنان ٠ وتشفى الاقياء المستعصية التي شاهدها بعضهم بالمصل الغليكوزي ٠ وليس من هذه العراقيل ما هو خطر الا تأذي نوى العضب الرئوي المعدي فقد تفضي الى الموت غشياً كما يقع بعد انصدام الناحية الشرسوفية بصدمة عنيفـة لذلك يجب ان يعطى اللفاح لا الديجيتال اذا بدت اضطرابات قلبية :

والضنك على رأيه مرض سليم بعض السلامة ولا يزيد معدل الوفيات فيه عن ٥ — ١٠ في المائة ويجب ان نخشى النكس لان هذا المرض لا يولد مناعة مع ان مانوسا كيس شاهد ان هنالك مناعة وان مدتها شهران ٠ ويستنتج كير ياغيديس من ابحاثه المخبرية عن عراقيل الضنك الالتهابية ان الضنك يهيء الارض لاتانات قديمة او حديثة فيهبط عدد الكريات البيضاء فيـه من ١٢٠٠٠ الى ٩٠٠٠ و ٧٠٠٠ و يوءذي المرض منها ولاسيما المعتدلة وتنخفض الاشارة الطاهية (index opsonique) وتنقص طاقة الكريات البيضاء على البلعمة ولاحظ ستساراس ان الضنك يحدث في الملحمات (parenchymes) تغيرات متدنية ولا يوءذي المرض الكلية وقـد تنجم منه بيلة آحينية حمية ٠ ولا تبدو بيلة آحينية مستمرة الا في المصابة كلاهم قديماً ٠ ولم يشاهد خوري في الاشخاص الاصحاء الذين اصيبوا بالضنك الا اثراً من الاحين وصفراوين البول و بيلة فوسفورية وانحباس حامض البول وانخفاض

نسبة البيلة الازوتية ·

وقد لوحظ من فحص الدم (كراغ ، ناتان لاريه ، بوسيير) ان صيغة الكريات البيضاء لا تتبدل بل يزداد عدد وحيدات النوى · غير ان جونيدس قد درس ذلك درساً كاملا فقال انه لا تبدو تغيرات في الكريات الحمراء بل يزداد عدد الوحيدات النوى وتتكاثف نواها في الهيولى وتتبدل الكثيرات النوى المعتدلة فتبدو فيها فجوات هيولية وانقاض نووية وتمتزج مادة النوى بالهيولى اذا كانت الافات اشد من ذلك ·

وقد درس اشكال الضنك في الاطفال كثير من المؤلفين ووصف سولون فراي ضنك الرضع يبدأ المرض فجأة بحمى تبلغ الاربعين ويسبق ابتداءه في الغالب دور ابتدائي طويل ثم تعود الحرارة مدة قصيرة ويظهر نفاط ولا سيما قرمزي · وقد لاحظت السيدة باناپوتاتو حكات شديدة جداً في الاطفال مكان النقاط دون ان يتلوه توسف ·

التشخيص : صعب في الغالب حتى في ايام الوافدات · ويلح سوتريو بتمييز المرض عن الحصبة وترابوعن الحصبة والقرمزية والوردية (rubéol) والنزلة الوافدة والريبيض · ولا شك ان احتقان الوجه مدعاة الى الشك · ويمتاز عن البرداء والرثية المفصلية الحادة والنزلة الوافدة بسير كل من هذه الامراض سيراً خاصا · ويلتبس المرض بالنزلة الوافدة ولا سيما بالاشكال الفردية وقد وقع هذا الالتباس في الجيش عام ١٩١٨ ·

اما المعالجة فلم يقل المؤلفون عنها شيئا جديداً ولا تزال موجهة الى الاعراض فقط ولم يفد الحقن بمصل الناقهين الا فائدة موقتة ·

التهاب العظم والنقي

للدكتور لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لا يكاد يمر بنا يوم الا نرى في العيادة الخارجية ولداً عمره بين ٤ — ١٠ سنوات مصاباً بخراج متموج في احد طرفيه السفليين وقد ساءت حالته العامة .. فنشق الخراج بعد ادخاله للمستشفى ونرى ان العظم المعرى من سمحاقه وردي مدمى او ابيض كامد وغير دام فما هذا سوى التهاب العظم والنقي ٠

او ان يأتينا يافع يجر احد طرفيه وقد كبر حجمه وتنوسر ٠ فاذا جسسناه شعرنا ان ما يغطيه من العضلات قد ضمر وان العظم قد جسم وخشن واتصل بالنواسير الخارجية وهذا ايضاً التهاب العظم والنقي ٠

فاذا ما سألنا اهل المريض او المريض نفسه عن كيفية ظهور هذا الداء اجابوا فوراً ان الداء قد بدأ دون ما سبب ظاهر ٠ او ان الاما وحمى قد سبقت ببضعة ايام تكون الخراج الذي جاء المريض لاجله وان هذا الخراج قد انبثق فوراً ولم ينضب وهذا ما دعاهم الى استشارتنا فهاتان الحالتان تسميان التهاب العظم والنقي الفوري ٠

واكثر الحوادث التي نراها تقع في النهاية السفلى من الفخذ والعليا او السفلى من الساق وفي معصم اليد وهذا هو التهاب العظم والنقي المجاور للمشاشة فلنسمه اذن التهاب العظم والنقي الفوري المجاور للمشاشة في اليفعان ٠

ويصادف ايضاً التهاب العظم والنقي في الفك السفلي سواء أفي الولد ام في الكهل . ونرى الى جانب هذه التظاهرات التي تطرأ فوراً فئة اخرى من الجرحى القدماء والمكسورين يأتوننا مستشفين من آفات تشابه هذه : خراجات ، نواسير زوائد عظمية تقيحات لا تنضب وهذا ايضاً التهاب العظم والنقي الرضي او الكسري الذي يستقر في جميع نواحي العظم في جسمه او مشاشتيه اي حيث وقع الرض او الكسر .

ونرى ايضاً اشخاصاً قد بترت اطرافهم منذ زمن مديد فبقي جذمور البتر مؤلماً او منوسراً وما هذا سوى التهاب العظم والنقي ايضاً . وجميع هؤلاء المرضى يأتوننا في دور صولة مرضهم او بعد ان تزمن آفتهم وقلما نصادف منهم من يستشيروننا في بدء الآفة .

فما هو التهاب العظم والنقي ياترى ؟ وما حدث في اولئك الاشخاص الذين اصيبوا به ؟

التهاب العظم والنقي هو تعفن العظم برمته : نقيه ونسيجه العظمي . ويتحقق هذا الالتهاب في الاولاد وهم في زمن النمو بدخول العوامل المعفنة التي لا تنقطع عن الدوران في البنية و يقع ايضاً في كل زمن من ادوار الحياة متى كان جرح بدخول العوامل العفنة لمركز الكسر مباشرة . ولكي نفهم الآلية لنبحث في ما طرأ على احد العظام الطويلة التي لم تبلغ حد نموها الاقصى . لان العظام الطويلة اكثر تعرضاً لالتهاب العظم والنقي من القصيرة . ما من يجهل ان عنصرين تشريحيين ينميان العظم طولاً وكثافة وهما غضروف الاتصال والسمحاق .

اما غضروف الاتصال فهو ما يبقى بعد السنة الاولى من الغضروف الشفاف الذي كان يوءلف العظم في الحياة الرحمية · ويقع غضروف الاتصال هذا في الزمن الذي نتكلم عنه بين جسم العظم ومشاشتيه وهوشبيه بقرصين لا يتساوى وجهاهما الجسمي والمشاشي بالنشاط · لان الوجه الجسمي اشد نشاطاً وهو المعد لانماء العظم طولاً ، تتولد منه خلايا غضروفية لا تلبث بعد تكلسها وتخضبها بالعظمين (osséine) ان توءلف النسيج الاسفنجي الفتي الذي ينقلب بدوره نسيجاً عظمياً حقيقياً مجتمعاً في نهاية القناة النقية ·وجميع هذه التبدلات لا تحدث دون ان يكون الدوران شديداً لان الدم يقوم بتقديم جميع هذه العناصر · والقسم الواقع بين جسم العظم وغضروف الاتصال الذي يمثل النسيج الاسفنجي الجديد التكون قد سماه لانلونغ بصلة العظم ·

ولا بد من تذكر هذه الامور الاخرى ايضاً : لكل عظم طويل غضروفا اتصال غير ان احدهما اشد تشعباً من الثاني وهو الغضروف الواقع في المشاشة الخصبة من العظم · والمشاشة الخصبة تقع قرب الركبة وبعيدة عن المرفق فهي اذن طرف عظم الفخذ السفلي وطرف الظنبوب العلوي وطرف العضد العلوي والكعبرة السفلي هذا ما نقوله عن غضروف الاتصال · اما السمحاق فهو معد لانماء العظم حسب الكثافة بتوليده طبقات متتابعة حول جسم العظم ·

والنقي (moelle) يملأ القناة المستبطنة للعظم او قناة النقي واجواف النسيج الاسفنجي في المشاشة او في الجسم والمشاشة ويتصل بقنيات شبكة هفرس بطبقة النقي الكائنة تحت السمحاق المسماة طبقة اوليه المولدة للعظم فيحق لنا ان نقول ان العظم غائص في النقي ·

وتحدث حادثات التعظم (assification) التي تمثل حـذاء البصلة ركوداً واحتقاناً مستمراً في نقي هذا الجسم الاسفنجي الفتي وتعيـده فريسة للعوامل المرضية التي قد تأتيه بالدوران · فيحدث حينئذ التهاب العظم والنقي الفوري او المجاور للمشاشة في المشاشة الخصبة وقد يكون التهاب العظم والنقي هذا مضاعفاً اي في مشاشتي العظم معاً كما انه قد يصيب في آن واحد الظنبوب والعضد والفخذ في احد اطرافها او في طرفي كل عظم منها · وتبدو الافة ايضا في النقي تحت السمحاق والنقي المركزي وقنوات هفرس والنسيج الغضروفي ·

وتنم عن هذا الغزو آلام حادة في القسم المصاب وحرارة عاليـة واعراض عامة ويجتمع تحت السمحاق الذي ينقلع عن نسيج العظم خراج ممتلئ صديداً بعد بضعة ايام · وقد ينبثق السمحاق وينتشر الصديد في النسج · واذا لم يمت الولد أتي به فشققنا خراجه بسرعة لاخراج الصديد ·

والفكان اللذان ينميان نمواً مستمراً بسبب نبت الاسنان يشابهـان بصفات احتقانهما الخلقي بصلة العظم فهما اذن معرضان كالعظام الطويلة لالتهاب العظم والنقي · ويصادف ايضاً التهاب العظم والنقي في كل عظم فيه نسيج اسفنجي : القنزعة الحرقفية والعانة والاخرم والخ ·

ولا ينتهي امر التهاب العظم والنقي بشق الخراج لان العظم تحت السمحاق مريض فهو يبدو تارة بعد الشق منقطاً بنقط حمراء وداميا ً الامر الدال على ان الحياة لا تزال فيه او ابيض كامداً وغير دام او بعبارة اخرى متنخراً ومركز العظم اوقناة النقي مملوءة ايضاً صديداً والاوعية في قنوات هفرس مختنقة بالنقي الشديد الاحتقان فيصبح العظم الذي كان غائصا في النقي غائصاً في الصديد · ولا يلبث

بعد ان حرم التغذية وتعفنت طبقاته السطحية والوسطى والعميقة ان يموت بفعل الذيفانات و ينقلب جسماً اجنبياً او شظية فتعمل النسج الحية حينئذ على التخلص منها . والاكموء التي تفرش جدار الخراج تنخر الشظية وتفصلها عن العظم الحي فتعود هذه الشظية متحركة معدة لان تنبذ :

غير ان السمحاق الذي اقتلع يتفاعل بدوره تفاعلا شديداً بتوليده طبقات عظم جديد كثيفة تحيط بهذه الشظية وتسجنها وتمنعها عن الخروج وهـنا ما يسمى انتباج العظم (hyperostose) .

ولكي يخرج الصديد من تلك البوءرة تولد البنية ثقوباً في هـذه القشرة العظمية الحديثة التكون كأنها قد جحت جحاً فورياً او كانها لوالب الامن قد احدثت لتخليص البنية وتتصل هذه الثقوب بمجار تجتاز النسج الرخوة وتنفتح على الجلد .

والنواسير لا تنضب لانها متصلة بالشظية ولان الشظية لا يستطاع في الغالب خروجها الفوري وترى هذه الشظية بالرسم الشعاعي فيجب ان يتوسط الجراح لاخراجها ويضع حداً للتقيح .

ولكن ما هو سبب هذه الافة ؟ وجد باستور سنـة ١٨٨٠ في ذات العظم والنقي المكورة العنقودية فلفظ جملته الشهيرة : التهـاب العظم والنقي هو دمل العظم . وجملة باستور لا تزال صحيحة لان المكورة العنقودية المذهبة والانواع الاخرى منها تصادف في التهابات العظم والنقي . غـير ان الجراثيم الاخرى تحدث ايضا هذا الالتهاب نذكر منها : المكورات العقدية والرئوية وعصية ابرث

واما ابواب الدخول فهي الافات الجلدية : الدمل والحصف وسواهمـا

والافات المخاطية بعد الخناق وغيره من الافات المقرحة ٠

والعدوى واضحة في الاطفال الذين يعيشون معاً ولهذا كان الاعتناء بجلد الطفل ونظافته افضل الوسائط في اتقاء هذه الافة ٠

ويستطاع ظهور ذات العظم والنقي في جميع ادوار النمو والعامل المرضي فيها يأتي بطريق الدم والمرضى الذين نشاهدهم لا يأتوننا كما ذكرنا آنفاً الا في زمن الصولة او الازمان ٠ فعلينا ان نشخص مرضهم ونميزه عن الزهري والسل٠

ففي الزهري لا نرى اثراً للحمى والصمغ تسهل معرفته واذا كان انتباج عظم فلا تتفاعل المفاصل المجاورة وفضلاً عن ذلك تتحرى مياسم (stigmates) الزهري ويجرى تفاعل واسرمان ٠

وفي السل يرشدنا استفسار سوابق المريض وضخامة العقد البلغمية وضمور العضلات المبكر الثابت الى معرفة المرض ٠

وفي الدور المزمن يمكننا الرسم الاشعاعي من جزم التشخيص ، وانتباج العظم في ذات العظم والنقي بياني ٠ ففي سل المثاشة لا ترى في الكهوف شظية واضحة بل يخيل انها ممتلئة سكراً مبللاً وجسم العظم لا يكثف وجوف القناة يتسع ٠

وفي الزهري يتألف تكثف جسم العظم من طبقات منضدة كاوراق الكتاب ولمعة قناة النقي ضيقة ٠

ويستطاع وصف ثلاثة نماذج اساسية من التهاب العظم والنقي على الرغم من تنوع التظاهرات التي يظهر بها في بدئه:

١ً — يدعى الطبيب في الحالات البسيطة لمعاينة ولد مصاب بعوارض عامة

متفاوتة الشدة : حرارة عالية ،نبض سريع، الام رأس فيشتبه بمرض انتاني غير انه يلاحظ ان احد اطرافه جامد وان الولد يصرخ اذا ما مس ذلك الطرف ٠ فعلى الطبيب ان يتذرع بالصبر وان يعاين المريض الصغير بلطف ودقة حتى يهتدي الى نقطة موءلمة قريبة من احد الغضاريف قريباً من الركبة او بعيداً عن المرفق على الوجه الانسي من العظم او على وجهه الوحشي ٠

يلفت اومبردان الافكار الى وجود نقطة عظمية اخرى موءلمة في النقطة المقابلة للنقطة الاولى من العظم ٠ فهذا الالم النافذ من الجانب الواحد الى الاخر مفيد جداً في كشف الاشكال المخففة ٠

٢ – او يدعى الطبيب لمعاينة تفاعل مفصلي ابتدائي سواء أكان التهاباً مفصلياً حقيقيا او تفاعلا مفصليا بسيطا ٠ فتشابه هذه الحالة التهاب مفصل عفني مبتذلا او رثية والخ ٠ فيشخص المرض بالطريقة نفسها : لنذكر ان الناحية الاشد اصابة هي بصلة العظم في جوار غضروف الاتصال فهذه الناحية هي الموءلمة اذن في التهاب العظم والنقي بيد ان الخط المفصلي هو الموءلم في التهابات المفاصل السائرة ٠

٣ – تتغلب بعض الاعراض العامة فينحرف التشخيص عن جادة الصواب فاما ان يبدو في المريض عرض سحائي واختلاج فيجب ان يفتش حينئذ في الولد عن الحصف او باب دخول آخر او يعتريه تناذر (syndrome) تيفي متى كان الولد اكبر فتوصف له المغاطس ولا تمر عليه ٥ – ٦ ايام حتى يموت او تبدو اعراض ذات العظم والنقي الموضعية ٠

السير : تبدو الوذمة الاساسية بسرعة حذاء النقطة الموءلمة فتنتبج الناحية

ويحمر الجلد وتعلو حرارته ولا تنتبج العقد البلغمية في جذر الطرف وهذا ما يساعدنا على اهمال الفلغمون والتهاب الاوعية البلغمية (لا تنتبج العقد مطلقا في الدور العظمي من التهاب العظم والنقي) ويظهر التموج بعد يومين او ثلاثة ايام ولا يجوز تأجيل الشق حتى ظهور هذا العرض لان الحالة العامة قد تسوء بسرعة ·

غير ان هذا السير النموذجي لا يظهر دائما واضحا بل نرى اشكالا مخففة جداً واشكالا اخرى فائقة التسمم تقتل المريض ببضع ساعات ·

المعالجة : تجريب الاستلقاح (vaccinothérapie) جائز ولا سيما متى كان التهاب العظم والنقي في الاولاد لانه يفيد فائده حسنة · واحسن لقاح بر ويدون دلبه propidon de Delbet) الذي يستعمل حسب الطرز الآتي : يحقن تحت جلد الفخذ بنصف سم٣ وبعد ٤٨ ساعة تعاد الحقنة بسم٣ ويكرر المقدار نفسه بعد ٤٨ ساعة اخرى غير ان الاستلقاح ليس سوى طريقة مساعدة ومفيدة متى بكر في استعمالها ولا يجوز الاكتفاء بها وتأخير التوسط الجراحي بل يجب بعد ان يشخص المرض ان تفتح البؤرة ويفرغ الصديد لان الاستلقاح لا يفيد اقل فائدة بعد اجتماع الصديد وتكون الشظية · ويجب ان يشق في المكان الاكثر بروزاً وان يفتح السمحاق فتحا واسعا وينظر في حالة العظم المعرى من سمحاقه فاذا كان ابيض رنانا متى قرع بالمرود وغير دام يجب فتحه واذا كانت الحالة العامة سيئة يجب ايضا فتح العظم والتجويف واجب ايضا متى كان قد اكتفي بشق الخراج السمحاقي لان العظم الذي بدا تحته كان داميا ولم تسقط الحرارة بعد شق هذا الخراج خلال ٢٤ — ٣٦ ساعة ·

ويثقب العظم بالمثقب فاذا ظهر الصديد يفتح القناة فتحا واسعا ويجتنب

غضروف الاتصال و يحافظ على السمحاق . ومتى كانت المشاشتان مصابتين وفتحت القناة على طول العظم ونظفت جيداً تحشى شاشاً عقيماً فاذا سقطت الحرارة يترك الضماد ٦ — ٧ ايام . لانه اذا روعي هذا الشرط كان نزع التضميد سهلاً ولم ينزف العظم دماً .

ومتى كان التهاب مفصلي في الوقت نفسه يجب خزع المفصل وتحفيضه واذا كان العامل المكورات العقدية (ستربتو كوك) كان الانذار خطراً للغاية وكانت تضحية الطرف واجبة لتخليص الحياة . والتهاب العظم والنقي بالمكورات العقدية وحده تتبج فيه العقد البلغمية احياناً . والتهاب العظم بالمكورات الرئوية (بنامو كوك) يصادف في الرضع وهو كثير الحدوث في الكتف ويستدعي البزل لان المكورات الرئوية لا تحدث نواسير . ومتى زالت الحالة الحادة وبقي التقيح دخل المرض في دور الازمان اي دور الشظايا التي قد تلقى فوراً . غير انها تستدعي في اكثر الاحيان التوسط الجراحي .

ولا حاجة الى الاسراع في هذا التوسط بل انتظار ٣ — ٤ اشهر واجب ريثما تنفصل الشظية لانه لا يجوز استخراج شظية قبل ان تصبح متحركة . والرسم الاشعاعي يرشدنا الى الامر . فمتى رأينا في الرسم ان الشظية قد احاطت بها منطقة واضحة جزمنا انها اصبحت متحركة واذا توسطنا قبل ذلك عرضنا الشظية للانكسار واجرينا عملية ناقصة وربما احدثنا هجمة جديدة من التهاب العظم والنقي في العظم الحي .

ومتى اجري التوسط في الوقت المناسب كان الشفاء محققاً غير انه يستدعي وقتاً طويلاً ولكن حذار من الاعتقاد ان المبضوع في مأمن من كل ارتداد . لانه

بعد عدة شهور او سنوات واثر اسباب شتى تعب او برد او سوى ذلك تظهر بؤر صغيرة بعد ان كانت دفينة في ملء العظم فتتكون خراجات ونواسير وشظية جديدة وتستدعي توسطاً جديداً وما ذلك الا لان التهاب العظم والنقي مرض مزمن لا يكاد يشفى ابداً بل انه يتنبه من آن الى اخر ما زال المريض في قيد الحياة . وهذا ما لاحظناه ونلاحظه في مرضانا المكسورين الذين يصابون بالتهاب العظم والنقي المسترسل التالي لالتهاب العظم والنقي الحاد . فهم يصابون بالام وخراجات ناكسة ونواسير وشظايا وزوائد عظمية تعيد الدشبذ كبيراً طافحاً عائقاً للمفاصل المجاورة عن الحركة متى كان في المشاشة ، وانتباج عظم مغزلي متى كانت البوءرة في جسم العظم او كالمطرقة متى كانت البوءرة عند اتصال الجسم والمشاشة . هذه هي حالة هوءلاء المساكين المقعدين . فالمعالجة الواجبة لهوءلاء المرضى هي المعالجة الواقية نعني بها معالجة جروحهم وكسورهم حين حدوثها طبقاً لقواعد الجراحة الحديثة : تنضير الجروح ونزع الشظايا .

غير ان هذه المعالجة لم تجرَ لهم في حينها او لم يستطع اجراوءها في الوقت المناسب فتعفنت بوءرة العظم وسار التعفن متبعاً خطوط الكسر ولم يعد محلول دكان قادراً على الوصول اليه واستفحل حتى انه هدد الحياة بالخطر وقضى ببتر الطرف او ان دفاع البنية تمكن من حصره فانفصلت الشظايا المقتلعة و بقي التقيح غزيراً . فمتى تحررت الشظايا وجب استخراجها ومتى لم تكن شظايا مرئية وبقي التقيح بعد نزع الشظية الظاهرة ولم يكن الجرح يتماثل للشفاء وجب بعد انتظار ٣ — ٤ اشهر تجويف العظم ومحو قناة النقي بالازميل والمطرقة وهذه العملية طويلة مزعجة وقد تكون خطرة متى كانت الاعصاب والاوعية والمفصل

قريبة من المكان الذي يجرى به هذا العمل الجراحي ·

والنقي المتعفن يتشعب ايضاً حذاء جذمور البتر ويلتهم الاقسام العظمية المجاورة محدثاً فيها التهاباً خلالياً فتنجم منها شظايا شبيهة بالابر او بالصفائح او بالحلقة التي تكون حافتها السفلى ملساء ومسواة جيداً لانها منشورة بالمنشار وحافتها العليا المخربة بعامل التنخر مسننة ولا تلبث ان تنبذ فوراً او ان تستدعي توسط الجراح ·

وصفوة القول ان التهاب العظم والنقي العفن الحاد مرض خطر وقد يكون مميتاً فهو يشوه الاطراف ويقعد المريض ولا يكاد يشفى ابداً · واذا اجريت عملية حسنة وسار المرض سيراً حسناً الى الشفاء فلا يجوز الاعتقاد بان الشفاء قد تم ·

معالجة زيادة التوتر الشرياني

للدكتور فيتال لاسانس (Vital Lassance)

ترجمها الدكتور محمد محرم

ان تعداد الاسلحة التي يسلح فن المداواة الطبيب بها في معالجة زيادة التوتر الشرياني تعداد لا طائل تحته وليس وراءه الا خيبة الامل ، لذلك سنعالج المسائل الثلاث الاتية معالجة دقيقه تتماشى مع اكثر الحالات السريرية التي نراها في المصابين بزيادة التوتر الشرياني :

١ً — ما هي قيمة عرض زيادة التوتر ؟

٢ً — ماهي آلية حصوله التي يجب ان نوجه اليها المعالجة ؟

٣ً — من اي مرض تنشأ زيادة التوتر وكيف يجب ان يعالج هذا المرض ؟

بعد التدقيق في هذه المسائل الثلاث لا يبقى لنا سوى ان نعدد الاستطبابات العامة التي يجب ان يرجع اليها الاشخاص المصابون بزيادة التوتر الشرياني الذين يستطيعون دوماً ان يستفيدوا من انتهاج الطرائق الواقية :

معالجة الاعراض « traitement symptomatique »

متى حملت الصدفة او بعض الاعراض الطبيب على تحري زيادة التوتر كان عليه ان يعلم انه لم يكتشف سوى عرض من الاعراض وانه من المتحتم عليه ان يقوم باعمال اخرى ليعرف جيداً حالة مريضه وليكشف الدلائل الهامة التي ترشده الى معرفة سبب تلك الزيادة ، فزيادة التوتر كازدياد الحرارة ليس سوى

عرض من الاعراض ، وكما انه يسمح بخفض الحرارة بالعلاجات المضادة للحمى في حالات الحمى يسمح ايضا بخفض توتر دموي شديد مع مراعاة الشروط الضرورية لبقاء الدوران منتظماً ذاكرين دائما الاخطار التي تنتج من خفض التوتر الدموي ولا سيما زوال التوازن الدوراني ·

وزيادة التوتر يجب ان تسترعي انظارنا في اشكالها الاحتدادية المهددة وفي الحالات التي يصاب فيها المريض بوعكات متوالية · ففي احوال كهذه لدينا واسطتان تتذرع بهما : احداهما العلاجات الخافضة للتوتر والثانية المعالجة بالفصد

١ً — الادوية الخافضة للتوتر :

كثيرة هي العلاجات الخافضة للتوتر التي ذاع صيتها ثم انتسيت الواحدة تلو الأخرى ، ولكنه من المؤكد انه ما من واحد منها يقوى على خفض التوتر الدموي الى حده الطبيعي ، والمفيد من هذه العلاجات هو ما يوسع الاوعية بتخفيفه لتشنجها ، ولا ننس ان تكرر انخفاض التوتر بالعلاجات الخافضة للتوتر يسبب تحسنا عظيما في الدوران الحشوي ويخفف من وطأة الوعكات المتكررة التي يصاب المريض بها ·

والعلاجات الخافضة للتوتر الشائعة الآن هي مركبات النترية (nitrites). ولا سيما نترية الصوده التي لا محذور من اعطائها زمنا طويلا في مشروب رتبه الاستاذ فاكيز (Vaquez) وتركيبه :

نترية الصوده	٢ غم
شراب السكر	٦٠ »
كحولات الليمون الحامض	٦٠ »
ماء مقطر	٣٠٠ »

يأخذ المريض منه ملعقتين كبيرتين او ثلاث ملاعق كبيرة

ويعطي لو بري (Laubry) مقدار قدح صغير صباحاً ومثله مساء من العلاج الاتي:

روح النثر الحلو (esprit de nitre doux)	١٥	غم
ليمونية (limonade citrique)	٥٠٠	«

ويعطى ايضا من تري نيترين على الرغم من تأثيره الشديد خمس قطرات الى خمس عشرة قطرة في اليوم او ملعقتين او ثلاث ملاعق من المشروب الاتي:

محلول تري نيترين المئوي	٥٠	قطرة
شراب السكر	٣٠	غم
ماء مقطر	١٠٠	«

يوءثر تري نيترين تأثيراً جيداً سريعاً ولا سيما في الحالات التي ترافقها نوب وعائية ونوب خناقية ودوار وغشي دماغي مما سبب تفضيله في كثير من الاحوال على نيتريـة الاميل التي لا يستطاع تحملها دائماً بسهولة ·

وقبل ان ننهي كلامنا عن مركبات النترية لا بد لنا من القول ان طريقة حقن تحت الجلد بنترية الصوده وهي طريقة لا تزال ذائعة في البلدان الاجنبية لا تفضل بشيء بقية الطرائق التي تعطى بها مركبات النيترية ·

والافيون من جملة العلاجات الخافضة للتوتر التي لا يشك في تأثيرها وكان يوصي تروب (Traub) باعطائه مع الديجيتال · وحقن المورفين تعد من احسن العلاجات المضادة لزيادة التوتر الا انه بعد بال (Pal) قد ذاع استعمال حبوب كلوريدراة البابافهرين (٥ - ٦ حبات يوميا في كل منها خمسة سنتغم ·) لانها تمنع الهجمات الحادة في زيادة التوتر وتسكن ما يحدث عنها من الالام ·

ولا مانع من استعمال جاواة البنزيل (benzoate de benzyle) وهي مادة شبيهة بالبابافرين من الوجهة الكيماوية جرعتها عشرون قطرة ثلاث او اربع مرات في اليوم وقد ثبت حسن فعلها في ازالة الاوجاع امام القلب ٠

وصواناة الصودا (silicate de soude) والسيليسود (silisode) اللتان امتدحهما اوليفيه وشفلر ولاسان (Ollivier , Scheffler , Lecène) وغيرهم في معالجة تصلب الشرايين توءثران تأثيراً حسنا في تسكين التشوشات الوظيفية التي يشكوها المرضى الزائد توترهم ٠

اما ليموناة الصوده (citrate de soude) فانها توءثر بالخاصة في لزوجة الدم

ب — المعالجة بالفصد (médication déplétive) :

لا تستطيع هذه المعالجة — مع انها تنقص كمية الدم — ان تخفض التوتر لانها توءثر تأثيراً موقتا ولو اجريت بحزم وشدة ، ولكن المسهلات المعطاة بهذا الفصد توءثر تأثيراً حسناً ٠ فالمعالجة بالفصد بعد ان ذاعت كثيراً ثم ظلت منسية زمنا طويلا عادت الى الظهور ، الا انه يجب ان لا يعتمد عليها كثيراً لانها لا تخفض التوتر مدة طويلة ٠

يسمح بفصد المريض مرة في كل شهر اما بطريق الوريد او بالحجامة الدموية على الا يتجاوز مقدار الدم المستخرج في كل مرة ١٠٠ غرام او ١٥٠ غراما ٠ ولا يخلو هذا الفصد من تأثير حسن اذ تنتظم على اثره وظيفة القلب والكليتين وتزول اوجاع الرأس وعسر التنفس والنعاس المنبعثة من تشوش جهاز الدوران ٠

والفصد يصون الدمويين من وهن البطين الايسر وقصور الكلية الحاد

ولكن حذار من استخراج مقدار كبير من الدم ، فقدروى فنسن (Vincent) انه قد ينشأ منه فلوج لا تشفى وغشي في القلب ولا سيما في المصابين بتصلب الشرايين ·

وما يقال في الفصد يقال في المسهلات ايضا : فالمسهلات الشديدة التي تفرغ الامعاء لا تخلو على الاغلب من خطر ولا تجتنى منها فائدة مباشرة ،ولكن الملينات المعطاة من حين الى اخر تؤثر اعتنافا في الجملة العصبية النباتية وقصداً في الامعاء وتنظم وظائفها وتستطاع نسبة التأثيرات الحسنة المجتناة من الاستلقاح (vaccinothérapie) الى هذين السببين لا الى غيرهما في بعض المرضى الزائد توتر شرايينهم والمصابين بالتهاب الاعور والكولون المستعصي ·

وللمعالجية العرضية استطبابات جمة في ازدياد التوتر متى فقدت المعاوضة ففي الحالات التي تشاهد فيها تشوشات حشوية ناجمة من دوران حشوي سيىء يسعى الى اراحة الاحشاء وجعلها خاضعة لحمية خاصة ومعالجتها بالعلاجات المناسبة ومكافحة الاعراض القلبية بادوية مقوية للقلب كالكونفالاريا والكرانغوس (crategus) والستروفانتوس ·

ولا يخفى ان الادوية المبولة (المدرة للبول) تفيد افادة كبيرة في الدور الذي لا تعاوض فيه ولا سيما الثيوبرومين منها فانه يزيل التشوشات الوظيفية ويؤخر النتائج السيئة التي تنتج من قصور الكليتين ، يعطى منه غرام او غرام ونصفه مع مقدار من فوسفاة الصوده · وفي الفواصل التي لا يعطى هذا العلاج فيها يستعاض عنه بالعنصل (scille) الذي هو من خيرة الادوية المفرغة للبولة (urée) وتعطى العلاجات المشتقة من الثئوبرومين في الحالات التي لا يكون

الثيوبرومين نفسه محتملا فيها · وفي المرضى المصابين بزيادة التوتر التي يرافقها نهك (asthénie) او تنق (irritabilité) او ارق (insomnie) فان العلاجات المسكنة للمجموع العصبي ومركبات الفوسفور تؤثر التأثير المطلوب · اما العوارض الحشوية الشديدة فتتطلب معالجة اشد وليس في اعطاء مركبات الديجيتال اقل محذور في الحالات التي يرافق فيها قصور القلب هذه العوارض وتتبع في ذلك الطريقة الاتية :

يلازم المريض فراشه خمسة ايام يأخذ في اليوم الاول منها مسهلا وفي اليوم الثاني والثالث خمس قطرات من محلول الديجيتالين الألفي المبلور وفي اليوم الرابع والخامس عشر قطرات فقط ويطلب الى المريض اثناء هذه المعالجة ان يقلل من طعامه ما امكن وينبغي ان تكرر هذه المعالجة من آن الى اخر بفواصل مناسبة للتحسن الذي ينشأ منها ويفضل اعطاء الوابائين (ouabaïne) في الحالات التي يكون فيها نظم القلب بطيئا وقد كان من اعطاء الوابائين مع الديجيتالين نتائج مفيدة ولا سيما في الحالات التي يرافقها اسراع القلب وتشوش نظمه ·

ولا نرى حاجة الى التذكير بان النوب الخناقية ووذمة الرئة الحادة تتطلبان معالجة سريعة ·

المعالجة الامراضية (traitement pathogénique) :

على الرغم من بقاء الاسباب المحدثة لزيادة التوتر مجهولة حتى الان يشاهد ان هذه الزيادة تنشأ من حالتين :

اما من فرط تنبه الجهاز المحرك للاوعية او من آفة تصيب جهاز الدوران وتعرقل بتخدشها عمل الجهاز الناظم لاتساع الاوعية ·

فلمكافحة فرط تنبه الجملة المحركة للاوعية لدينا ثلاثة علاجات نوجهها الى العناصر الثلاثة التي تتألف منها هذه الجملة وهي العصب التائهي الودي وغدد الافراز الداخلي والحالة الخلطية وهذه العلاجات ليست الا علاجات مسكنة كالافيون والبابافرين . واما اللفاح (belladone) والاتروبين فيجب ان يعطيا في الحالات التي يكون فيها نشاط التائه (vagotonie) مستمراً ويستفاد احياناً من العلاجات الآتية كالغردنال (gardénal) ومشتقاته ويستفاد ايضا من الادوية المضادة للتشنج كصبغة الزعرور (teint. de cratœgus) وصبغة البلوت (ballote) وحشيشة الوسام (passiflore) وصبغة الجلزاميوم (gelsemium) وصبغة الثوم وحشيشة الهرة (valériane) الخ .

اما المعالجة بالاستعضاء (opothérapie) فلا تزال في مهدها غير ان المعالجة بالاستعضاء المبيضي (opothérapie ovarienne) تفيد فائدة جليلة للتأثير الذي يعمله تورها الجرابي (hormone folliculaire) في زيادة التوتر الناجمة من انقطاع الطمث الطبيعي او من انقطاع الطمث الحاصل على اثر توسط ما . ويعطى من خلاصة المبيض (٤٠ — ٥٠) سنتغراماً في اليوم ويثابر عليها ١٥ — ٢٠ يوماً في الشهر وهي تعطى في خب او برشان ويفضل ان تعطى بحقن تحت الجلد بها . ويوصي ل . لافي (L. Lévy) باعطاء هذه الخلاصة مع مقادير قليلة من خلاصة الغدة الدرقية لان هذه الخلاصة تؤثر تأثيراً جيداً ولا سيا في المرضى المتوذمين والزائد توترهم .

ولاحظ الاميركيون ان ازدياد التوتر يتحسن تحسناً عظيماً بالانسولين (insuline) وقد روى لوبري (Laubry) حادثة زالت نوبها الاحتدادية على

اثر معالجة الكظرين بالاستشعاع (radiothérapie) ·

اما الحالة الخلطية (état humoral) التي يراد القاء تبعة زيادة التوتر عليها فلا نملك سلاحاً ما لمعالجتها واذا استثنينا الحمية التي تمنع تكوّن السموم بقي لدينا علاجان هامان لهما التأثير المطلوب في تعديل حالة الاخلاط الكيماوية وهما صوانات الصوده وكلورور الكلس · وقد اصر كيلن (Kylin) على فوائد هذا العلاج الاخير الذي يعطيه بمقدار غرام الى غرامين مع الاتروبين في كل يوم مستفيداً من إيون (ion) الكلس الناظم لاعمال الاعصاب التائهة الودية ·

ومتى كانت زيادة التوتر ناجمة من آفة وعائية كالتهاب الوتين (aortite) او التهاب الشرايين والاوعية الشعرية الكلوية او المنتشرة ، يوءثر الايود التأثير المنتظر عدا المعالجة السببية · ولئن كانت الطريقة التي يوءثر بها الايود لا تزال مجهولة فانه في كل حال يوءثر مباشرة في جدران الشرايين ، وتعطى منه صبغته المستحضرة حديثاً من قطرة الى ٢٠٠ قطرة مع مقدار من الماء · والليبيودول (lipiodol) المعطى حقناً في العضلات يوءثر تأثيراً جيداً لبقاء تأثره زمناً طويلاً ولتخضيبه البنية و يوصي فاكيز (Vaquez) باستعمال ٢٠ قطرة من محلول ايودور الصوديوم في مقدار من الماء المحلى بالسكر واعطائها للمرضى في كل يوم · وللانسولين فائدة في معالجة التهاب الشريان ، فقد شوهدت حوادث كانت فيها زيادة التوتر ناجمة من التهاب في الشريان وتكللت بشيء من النجاح حين معالجتها بالانسولين ·

المعالجة السببية :

اذا علمنا تأثير ضياع الموازنة النباتية وتأثير الآفة الوعائية في احداث زيادة

التوتر بقي علينا ان نتحرى ايها السبب الرئيس لنبدأ بمعالجته ، ولا ينبغي ان نعتمد على المعالجة السببية لخفض زيادة التوتر ، الا انها في بعض الاوقات قد توقف زيادة التوتر او توءخر تقدمها واستفحالها على الاقل .

اما اذا كانت زيادة التوتر ناشئة من تقدم السن او من الوارثة فان حمية واقية يعمل بها المريض زمنا طويلاً يمكن ان توءثر وحدها . اما اذا كانت زيادة التوتر ناجمة من الداء السكري او الرثية او النقرس فالحمية والمعالجة الخاصة كفيلتان باعطاء نتائج حسنة جداً اذ ينخفض التوتر كلما نقص مقدار السكر من الدم والبول .

ويمكن في بعض الاوقات حمل زيادة التوتر على تسمم مزمن كالتسمم بالاسرب والكحول ولهذين السببين معالجة خاصة بهما . ويمكن ايضاً حمل زيادة التوتر على مجامع انتانية . والالتهابات المزمنة ، والتقيحات المديدة التي توءثر في جدران الاوعية ولا سيما اوعية الكلية الشعرية ، توءثر ايضاً وبصورة مقصودة في الجملة العصبية النباتية وتسبب زيادة في التوتر : فقد شوهدت حادثة نقص فيها التوتر على اثر شفاء التهاب زائدة مزمن او التهاب المرارة المزمن او بيلة قيحية (pyurie) .

وللزهري (syphilis) تأثير لا ينكر في احداث زيادة التوتر بتخريبه لجدران الاوعية وقد اتفق الموءلفون على نسبة زيادة التوتر الى الزهري كلما كانت مبكرة ولكن الاحصاآت في هذا الشأن لا توافق بعضها البعض الآخر : فمنها ما ينسب زيادة التوتر الى الزهري بمعدل ٣٠ ٪ بينما بعضها ينسبها اليه بنسبة ٧٨ ٪ ويستحسن تحري الزهري في كل حال لانه متى كانت زيادة التوتر مسببة منه

سهلت المعالجة وكانت النتائج حسنة على ان يثابر عليها طويلاً · وفي مزج العلاجات المضادة للزهري كالزئبق والبزموت والزرنيخ والايود فائدة ونفع ولا خير في هذه العلاجات اذا لم تعط منها مقادير كافية ، وفي بعض الاوقات لا تظهر نتائجها الا بعد مضي بضعة اشهر فلذلك يجب على الطبيب ان يكون يقظاً حاسباً لهذا الامر حسابه وعليه الا يثابر على معالجة لم تحدث تبدلاً يذكر في حالة المريض بعد مزاولتها عدة شهور ·

الاستطبابات العامة :

لا يخلو ذكر بعض القواعد التي يترتب على المرضى المصابين بزيادة التوتر اتباعها من فائدة لانها توءخر ظهور العوارض الخطرة وتوءثر في الاسباب العامة الموجبة لزيادة التوتر وتخفف من وطأة الوعكات ·

النظام الغذائي :

ان الامتناع عن تناول الملح والمواد الاحية (الزلالية) والاكتفاء بأكل الخضر والحليب لا يوءثران في تبديل زيادة التوتر بل انقاص مقدار الطعام احتياط لا بد منه لانه يوءثر تأثيراً حسناً في الكليتين والقلب المهددين بزيادة التوتر ، واوقات الطعام يجب ان تكون منظمة ولا يجوز أن تتجاوز كمية المشروب المتناول (١٥٠٠) غرام ، والاطعمة يجب ان تكون غضة ولا يسمح للمريض بأكل اللحم الا مرة واحدة في اليوم ولا بأس في العودة الى الحمية من حين الى آخر ·

نظام المعيشة :

حياة المريض الزائد توتره يجب ان تكون منظمة ما امكن وعليه ان يمتنع

عن كل ما يسبب التعب والاعياء ، وان يتنزه لان النزهة ضرورية من حين الى آخر ، فاذا لازم الفراش ينبغي الا يطيل ملازمته له لان ذلك يوءثر في معنوياته وعلى الطبيب ان يسكن اضطرابه من حين الى اخر وان يخفي عنه درجة توتره وان يفهمه ان المرضى الذين يزيد توترهم الشرياني عن الحد الاعتيادي كثيرون وهم لا يصابون بعوارض تدعو الى الخوف ٠

وللمعالجة بالمياه المعدنية تأثير يذكر في انقاص التوتر : فاذا تمكنا من خفض التوتر بعد هذه المعالجة بالمياه المعدنية نكون قد قمنا بعمل نستحق ان نهنىء به انفسنا ، واذا تمكنا بمعالجة مائية لطيفة مسكنة ان نخفف من شدة وعكات المريض وشدة نشاط جملته النباتية المسببة لزيادة التوتر فاننا نكون قد توصلنا الى شيء افيد واحسن بكثير ٠

تخفيف وعكات المريض ، واحداث انفشاش عصبي نباتي (détente neuro-végétative) في جملته الودية هذا كل ما نسعى اليه في حمتنا (Bains - les - Bains) التي توءثر مياهها المشتملة على الصواناة تأثيراً حسناً في الحالة الخلطية وفي منع ظهور الافات التصلبية التي تكون في اغلب الاوقات هائلة راعبة ٠

الصداعات (خلاصة موءتمر بوردو)

« ٩ »

للدكتور انستاس شاهين
رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات الناشئة من اسباب انفية :

ان افات الانف تسبب الصداع بطرق شتى فاما ان توءثر في النهايات العصبية كما هي الحال في الافات المتصفة بضخامة النخامة كالتهاب الانف الضخامي واورام المنخرين الخبيثة والمرجلات (polypes) وزهري الوتيرة وعظام الانف الخاصة والتهاب الغربال وسرطان الجيب الفكي حيث يحيط الورم الخبيث بالعصب الفكي العلوي و يضغطه والتهاب هذا العصب بعد مداواة الورم بالراديوم

واما ان لا تنتج الصداعات من اسباب موءثرة تأثيراً مقصوداً في النهايات العصبية او الجذوع نفسها بل تنجم من تشعع الالم الموضعي الى نواحٍ بعيدة او من انعكاس تأثيره على الاماكن المحيطة بالافة المسببة او القريبة منها اوالبعيدة عنها . وقبل ان نصف اسباب هذه الالام المعتنفة علينا ان نذكر هذا المبدأ الاساسي وهو ان هذه الصداعات لا تأتي من سبب واحد مستقل لان الياف العصبين المثلث التوائم والودي تتلاقى وتتفاغر وترتبط ارتباطاً وثيقا وتجتاز هذه الاعصاب والاوعية المغذية قبل دخولها للاغشية المخاطية الكثيرة الاجواف والناعظة قنوات ومضايق عظمية قد يتغير شكلها ولمعتها في بعض الحالات

فتضغط الالياف المارة فيها فلهذه الاسباب الكثيرة يصعب جداً ان يتوحد السبب المحدث لهذه الصداعات ٠

ولكننا نجد على الرغم من اشتراكات الالياف العصبية ان زكام الانف والتهاب الجيب الجبهي وحدهما يسببان صداعاً يأتي نوباً متقطعة وسببه في التهاب الجيب الجبهي ضيق القمع فلا تجد حينئذ مفرزات الجيب سبيلاً للخروج منه فتضغط النهايات العصبية المنتشرة على جدره ٠ وهكذا القول في الصداع الناشىء من التهاب الجيب الوتدي فهذه الالام جميعها ناشئة من فعل منعكس موضعي قد ينتشر على مسير جذع عصبي كالعصب الفكي العلوي وقد يصل الى المراكز العصبية نفسها ٠

اما الانعكاسات الالمية التي لا تصيب منطقة عصبية محدودة بل تتجاوزها الى مناطق شتى فتدعو الى الظن بانها ذات منشإٍ ودي وكثيراً ما تكون الالام الوجهية ناشئة من انضغاط الالياف الودية عند اجتيازها للصماخ الضيق وتزول بتوسيع هذه الفوهة او نافذة للجيب الوتدي عندما يكون السبب وتدياً ٠

ونجد متى احدثت الانعكاسات الودية اختلالاً في الدوران الدماغي طرزاً جديداً في حدوث الصداع كثير التعقيد وصفه بوبي (Poppi) في نظريته النخامية عن الاختلالات في الناميات نظيرة الغدة ويمكننا جعله في مصاف الاختلالات التائهية الودية (vago - sympathique) ٠

فشفاء هذا الشكل الاخير من الصداع الانفي الدماغي – متى كان الاختلال الودي انفياً محضا اي متى كان بانعكاسه على الدماغ لم ينتج فيه افة اساسية – يتم بازالة السبب الانفي ٠

غير ان ازالة السبب قد لاتكفي بل يضطر الطبيب الى مداواة الاختلالات الدماغية الباقية التي ساعد على حصولها مزاج المريض العصبي ·

واننا نرى بعد ان سردنا هذه الاسباب مجملة ان تصنيف الصداعات الانفية امر يكاد يكون مستحيلا وهذا ما يحدونا الى اتباع اسهل الطرق واوضحها في الكلام عنها فنصف اولاً زكام الانف والتهاب الجيوب الامامية ثم نتنقل الى مناشيء الصداع الاكثر غموضاً لالتهاب الجيوب الخلفية ونعالج بعدئذ قضية لم يزل اكثرها في عالم النظريات تاركين للمستقبل الحكم في اي النظريات اقرب الى الحقيقة ·

زكام الانف الحاد (coryza aigu) · — كل يعلم ما يشعر به المرء من الانزعاج حينما يصاب بزكام حاد وليس الصداع الذي يرافق هذه الهجمة الحادة بالم يستطاع تحديده في نقطة معينة بل هو الم متعمم او بعبارة اصح ثقل في الرأس يشعر المريض به كأن جبهته مثقلة بكتلة من الرصاص ويستصعب كل عمل يستدعي حني الرأس الى الامام كالقراءة والكتابة والخياطة · وتصاب القوى العقلية بدورها فيشعر المريض كأنه محاط بغمامة مظلمة ·

وما سبب هذا الشعور الا انسداد الانف المسبب من اختلال وعائي حركي (vaso - motrice) وقد كتب تارنايو بضعة اسطر عن زكام الانف الحاد مثبتاً ان سببه هو اختلال وعائي عصبي ناتج من البرد · واننا نقتطف منها الجزء الذي يصف به المؤلف رأيه : «يستدعي الشعور بالبرد القارص إزدياد الدم في الحفرتين الانفيتين لمكافحة البرد · وهذا الامر طبيعي في من اعتاد تحمل البرد وعرض نفسه تدريجياً لتأثيره فجعل الموازنة بين الفعل المنعكس الوعائي العصبي الانفي

والهواء البارد محفوظة . ولكن متى تعرض شخص للزمهرير ولم يكن قد اعد العدة لتحمله حدث اختلال غريزي كيماوي في ذرات النسج وعسر شديد في العمل الوعائي العصبي الانفي » اه

فاذا سبب عسر الدوران تبدلاً في الدوران الشعري احدث هذا التبدل بدوره نقصا في كمية المخاط الانفي المفرز واختلالاً في تركيبه مضعفا خاصته القاتلة للعوامل المرضية فتتكاثر هذه العناصر الاخيرة وتستولي على مخاط الحفرتين الانفيتين ثم تنفذ منها لمخاط الجيوب وتكون النتيجة الصداع الذي لايكون مسببا من اصابة الجيوب واحتباس المخاط فيها فقط بل من انسداد الحفرتين الانفيتين نفسهما

فانسداد الانف لا يكون دائما نتيجة الزكام الحاد بل هو عرض مشترك تحدثه اسباب عديدة .

ان اسباب الصداع الموضعية هي اكثر من ان تعد واننا نهمل اكثرها ولا نأتي الاعلى ذكر الاسباب الاساسية.

فالتهاب الانف الحاد او المزمن والتهاب الانف الضخامي والقرينات الكبيرة المحتقنة واورام المنخرين او الجيوب وسل الانف وزهريه ومرجلاته هي جميعها امراض محدثة للصداع .

وما الصداع فيها سوى عرض من مجموعة اعراض ظاهرة تسهل معرفة السبب الاول . واذا غمض تشخيص الداء المسبب لغموض بعض الاعراض جلا فحص الحفرتين الانفيتين فحصاً دقيقا هذا الغموض فسهل جداً شفاء الصداع وبقية الاعراض المرافقة بمداواة الداء المسبب .

وانسداد الانف العادي في الاطفال الناجم من الناميات نظيرة الغدة قد

يكون منشأ للصداع والاختلالات العقلية كفقدان الذاكرة وصعوبة ادراك الاشياء الجديدة وفهمها وضعف الانتباه الخ · وهي اختلالات بينها بجلاء ميير (Meyer) من كوبنهاغ منذ سنة ١٨٧٠ · وقد اتى المؤلفون على ذكر نظريات كثيرة لتفسير علاقة انسداد الانف في الاطفال بهذه الاختلالات النفسية الحسية ويكفينا ذكر نظرية بوبي (Poppi) وهي احدث هذه النظريات: ان التجويف (cavum) يتصل بالغدة النخامية بقناة تدعى القناة القحفية البلعومية التي تتضمن بعض اجزاء من الغدة النخامية وتسمى الغدة النخامية البلعومية · وتحيط بهذه الاقسام النخامية شبكة وريدية غزيرة·

فكل ما يعوق الدوران البلعومي يؤثر بواسطة هذه الشبكة الوعائية واوعية الغدة النخامية نفسها في الدوران الدماغي · وتكون هذه الاختلالات المذكورة آنفا من نتائجه الظاهرة ·

والسبب الاكثر حدوثا في الاختلالات الحسية الانفية المنشإ هو انضغاط الالياف العصبية في الفوهات والمضايق العظمية او التهاب هذه الالياف العصبية ويسهل جداً فهم الطريقة التي تحصل فيها هذه الاختلالات الحسية اثر رضوض الانف وكسوره · وعلى العكس فان تعليل النوب الالمية متى اصيب الانف بالسل او بداء الافرنج صعب جداً ولا يزال قيد البحث والجدل ·

والورم السلي (tuberculome) بضغطه للنهايات العصبية في انف ضيق قد يسبب آلاما شديدة وقرحة الوتيرة بتعريتها للعظم (وهذا امر نادر) تحدث النتيجة ذاتها لانها تلهب العصب فتبدو الالام الشديدة المستعصية ويكفي في تشخيص سببها فحص الانف البسيط · وداء الافرنج الانفي يوقظ صداعا

مستعصياً حول الوقبين يزداد لاقل ضغط يصيب عظام الانف الخاصة ·

ففحص باطن الانف يبدي ورما افرنجيا منتشراً جاعلاً من الوتيرة والقرين المتوسط وقمة الانف كتلة صمغية واحدة وقد تشوه شكل الانف الخارجي · ولكن هل نحن هنا امام صداع بسيط ام هي آلام رأسية سببها التهاب السمحاق ؟

وهل من حاجة الى ذكر سرطان الغربال والجيب الوتدي الذي قلما يبقى كامناً في هذه الاجواف ويحدث عوضا عن الصداع اعراضا اخرى كالرعاف والاختلالات العينية وانسداد الانف ·

وسرطان الجيب الفكي يسبب الاما شديدة تشغل الفك الاعلى وتشبه بانتشاراتها انتشار الالام السنية فتوقع في الخطإ طبيب الاسنان قبل الطبيب المختص بامراض الوجه والرأس لان المريض نفسه يظنها آلاما سنية فيهرع الى الطبيب الاول فتخيب معالجته لانه يوجه اعتناءه شطر الاسنان غير عالم ان هذا الامر ليس من اختصاصه وكذلك اورام التجويف وتطبيق الراديوم في الانف تحدث الاما تخرج عن دائرة بحثنا لانها ليست صداعا بل الاماً رأسية يسببها التهاب العصب المنضغط بالكتلة الورمية او المهيج باشعة الراديوم المخربة ويكفي لشفائها ازالة السبب المحدث لها ·

المنشأ الجيبي

التهاب الجيبين الجبهي والفكي الحاد: قد يبدأ هذا الالتهاب الحاد بعد خفة اعراض زكام الانف الحاد فيشعر المريض بآلام وجهية تصيب نصف الوجه في منتصف الخدوحول العين وفي الناحية الحاجبية ·والألم ياخذ شكل ثقل مزعج

وحس حرارة شديد وانكماش في الناحية المصابة وتزداد هذه الاعراض حتى انها تمنع المريض عن معاطاة اي عمل عقلي · وتصبح حركات العين موءلمة وترافقها آلام رامحة في الفكين العلوي والسفلي ·

وقد اثبت كانويت وتيرا كول ان الالام في هذا الالتهاب المزدوج تأتي نوباً متقطعة · فتبدأ نوبة الالم صباحاً بين الساعة الثامنة والعاشرة وقد تبدأ مساء وتستمر بضع ساعات غير تاركة للمريض وقتاً للراحة وتهدأ فجأة لتعود في الغد وفي الوقت نفسه الذي بدأت به اليوم · ويسهل جيداً تشخيص هذا الالتهاب فجدار الجيب الفكي الامامي موءلم متى جس ومثله الحفرة النابية والاسنان نفسها تكون مقراً لالام شديدة ·

ومتى فحصت الحفرتان الانفيتان نجد ان القيح يسيل في الجهة المناسبة للالم من الناحية الصماخية ويوءيد التشخيص تنوير الجيوب (diaphanoscopie) والتصوير بالاشعة وبزل الجيب الفكي وتوسيع مدخل القمع بالكوكائين والادرنالين · ومتى لم يكن قيح في الصماخ كان الالم وتورم الناحية المصابة وارتشاح الفم المقابل في باطن الانف وزيادة حسه بالجس بالنسبة الى الجهة المعاكسة كافياً لوضع تشخيص ثابت ·

فيظهر ان التشخيص سهل للغاية · اما الالام في هذا الالتهاب فهي مسببة من انحصار القيح في جوف الجيب وتعذر خروجه لضخامة الغشاء المخاطي الذي يكسو فوهة الجيب فمتى وسعت هذه الفوهة او زالت ضخامة الغشاء المخاطي في الصماخ المتوسط بوضع قطائل قطنية مبللة بمحلول الكوكائين والادرنالين هجعت هذه الآلام وقد يتقلص ظلها · وتتفاوت هذه الالام في المرضى ·

فهي تبلغ اشدها متى كانت القرينات ضخمة او الوتيرة منحرفة او الغشاء المخاطي ضخماً ضخامة بسيطة وتخف متى كان الانف واسعاً · فلينتبه دائمًا لتشوهات الانف وما قد تجره من الصداعات ·

مناشئ الصداع المجهولة

أ — الجيوب الامامية : لا يتبع التهاب الجيوب الامامية اي الجبهية الفكية وما ينشأ منها من الالام السير الطبيعي ولا يتصف بالاعراض الظاهرة التي اتينا على ذكرها بل قد نجد ان صداعاً مسبباً من هذه الجيوب لاتمكننا الفحوص العادية من جلاء غموضه وفهم كيفية حصوله ·

وقد ذكر لوك (Luc) في ايار سنة ١٩٢٣ في الجمعية الفرنسية لامراض الاذن والحنجرة حوادث شتى عن الزكام المؤلم المتكرر للغار الجبهي · واننا نورد هنا احدى مشاهداته : وهي حادثة فتاة اتته شاكية الاما شديدة في نصف جبهتها ولم يكن انتباج في ناحية جيبها الجبهي ولا مفرزات في الحفرة الانفية المجاورة · وكانت هذه الالام تأتيها نوباً متقطعة وتشغل دائمًا الناحية حول الوقب وتشتد متى ضغط الجدار الامامي للجيب الجبهي ضغطا لطيفا ولم يجد لوك من اعراض التهاب الجيب الجبهي في مريضته سوى نقص في شفوف الجيب المصاب بالنسبة الى الجيب المقابل لدى انارة الجيبين فعالج جيبها بالوسائط المعروفة فشفيت شفاء تاما · ويقول لوك ان سبب هذه الالام في مريضته لم يكن سوى ضيق القناة الانفية الجبهية الذي كان يمنع المائع اللزج الكثيف عن الخروج من جوف الجيب وكان يحصره فيه فيحدث هذه الالام الشديدة كما في التهاب الجيوب العادية ·

وقد يستغرب القارىء حادثة لوك هذه وهو على حق في استغرابه لانه لا اعراض انحباس في هذه المريضة ولا اعراض تقيح تدعو الى الظن بان سبب الصداع هو التهاب الجيب الجبهي ولو كان فتح ذلك الجيب لما كان بدا فيه المنظر العادي الذي يراه الجراح حين فتح جيب متقيح بل جل ما يرى ان هناك مخاطاً مسمراً ملتصقاً بجدران الجيب دون ان يكون اثر للانحباس لان توسيع القناة الانفية بمبشرة (rape) واستون ويليام قد اخرج المخاط المتراكم من الجيب .

واكثر مشاهدات لوك عن نساء ضيقة انوفهن شفين شفاء تاما وزال صداعهن بعد توسيع القمع اثر تخدير المكان بالكوكائين .

وقد ذكر سلودر (Sluder) تحت اسم الجيب المفرغ (vacum sinus) داء شبيها بزكام الغار الجبهي المتكرر الموءلم (للوك) واكثر مشاهدات هذا الموءلف ايضا عن نساء مصابات بصداع اليم لم تتمكن انجع الادوية من تسكينه متصف بنوب يشتد بها الالم كثيراً دون ان يهجع في فواصل النوب بل هو الم متواصل يزداد من حين الى اخر ولا سيما متى صنعت المريضة عملا دقيقا كالقراءة او الخياطة ويوقظ شدته ضغط زاوية الوقب العلوية الانسية وتدعي هذه النقطة نقطة ايفينغ (Eiving) .

ولم يبدُ بفحص انف احدى المريضات سوى ضخامة القرين المتوسط ولا سيما ذروته التي كانت ملامسة للوتيرة وقد اكتفى سلودر بهذه الضخامة ليثبت ان انسداد الجيب يحدث في جوفه ما يحدث في الاذن المتوسطة من الاختلال متى سد نفيرها الاوستاكي . فيمتص الهواء من باطن الجيب ويحصل

ضغط منعكس في الغار ٠ فيحتقن الغشاء المخاطي ويختل الدوران في النواحي العظمية المجاورة ٠

وسنرى بعدئذ انه ليس ضرورياً ان يكون سبب الصداع في مريضات سلودر جيبيا لان الانسداد الصماخي يكفي وحده سبباً للصداع ٠ واذا كان انسداد القمع يسبب الالم فهو لا يحدثه الا بمعدل خفيف وليس كما ظن سلودر بمعدل ٩٩ ٠/٠ من مجموعة الحوادث التي جمعها سنة ١٩٠٧ ٠

قد يكون التهاب الغربال الخفيف منبعا لصداع وقبي جبهي (بوشه وسولا Bouchet et Soulas) ويقع هذا الالم في الناحية فوق الوقب مع انتشار صدغي او وجني والم حين ضغط ناحية الخدّ وبين الوقب والانف ٠ ومتى فحص باطن الانف يرى نزٌ في منطقة الصماخ المتوسط يستطاع نزع جزء منه بحاملة القطن وضغط ناحية العظم الظفري (اشارة ايفينغ) يوقظ الالم ٠ والغشاء النخامي ذاته مخملي محتقن مرتشح او نظيف مبيض ٠ ويشفى هذا الالم بتطهير ناحية الصماخ بمحلول نترات الفضة ٠

ويعجب الانسان من هذا الالم الاتي من التهاب بسيط في الغربال ويحق له العجب لان التهاب الغربال المتقيح المستقل او المرافق لالتهاب الجيب الجبهي المتقيح لا يسبب ادنى الم فيظهر ان منشأ الالم ليس سوى الانتان وتأثيره في الاعصاب الغربالية واحداثه لالتهاب العصب وليس انحصار القيح في جوف ذي فوهة واسعة ٠

التهاب الجيب الوتدي : لم يعرف الصداع الناشىء من هذه الآفة الا منذ زمن يسير وقد تبين ان صداعات مستعصية كثيرة يستطاع شفاؤها بمداواة

انفية موجهة الى الجيب الوتدي · وقد اوصى كانويت .وتيرا كـول متى كان المرضى مصابين بصداع لم تكشف اسبابه بعد ان يسألوا عما اذا كانوا قد اصيبوا بنزلات انفية شديدة وكثيراً ما يذكر هوءلاء المرضى نزلاتهم لانها كانت شديدة الوطأة عليهم ولا تزال ذكراها ماثلة امام عيونهم لشدتها وانهم قد اصبحوا منذ ذلك الحين معرضين دائماً للزكام ·

ويتصف هذا الشكل من الصداع بانه يقع في الموءخر او عند الجداري · ويتشعـع الى الكتفين والذراعين والاذنين والناتئين الخشاءين ويشعر المريض غالباً كأن الالم مستقر خلف عينيه ودافعاً اياها الى الامام او كأنه لابس خوذة تضغط رأسه · ويشتد هذا الالم متى فكر المريض او صنع اموراً دقيقة كالكتابة والقراءة والاعمال العقلية التي يستحيل على المريض في اكثر الاوقات اتمامها وتعرقل بعض الاعراض العامة هذا الالم كضعف الطرفين السفليين والوعك الشديد ولاسيما مساء · وربما رافق هذا الصداع دوار وانسداد الحفرتين الانفيتين وافرازات بلعومية غزيرة · فيجب حينئذ فحص الحفرتين الانفيتين فحصاً دقيقاً للغاية اولاً بمنظار الانف العادي بعد ان يقلب رأس المريض الى الخلف ويشترط قبل الفحص ان توضع في الانف قطيلة من القطن مبللة بمحلول الكوكائين الممزوج بالادرينالين لتصغير حجم القرينات فيستطاع حينئذ فحص حالة القرينات المتوسطة وحجمها ومجاوراتها للوتيرة ويفتش عن المفرزات المخاطية القيحية في الناحيـة الشمية او المرجلات او ضمور الغشاء المخاطي · ويعتقد هيبس ان الآفـة وتدية متى لم ينقبض الغشاء المخاطي في احدى الحفرتين بعد استعمال الكوكائين ·

وبعد نزع القطيلة المبللة بالكوكائين والادرنالين ينظر في باطن الحفرتين الانفيتين كما ذكرنا آنفا فان انقبض الغشاء المخاطي جيداً تمكنا من روءية الجدار الامامي للجيب الوتدي وقد نرى فوهة الجيب والقيح منصب منها او نشاهد فيها المرجلات · وقد يوقظ جس هذه الناحية بحاملة القطن آلاماً تشبه كثيراً الالام التي حملت المريض على استشارتنا ·

وقد نرى غالباً حين فحص فوهتي الانف الخلفيتين بالمنظار الخلفي المفرزات البلعومية خارجة من الجيب وربما تمكنا بالمنظار النفيري (salpingoscope) بعد ادخالنا اياه حتى فوهة الجيب الوتدي من روءية بوءرة الآفة والاستحالات الحاصلة فيها ·

ويمكننا ان نستعمل الطرق الاستكشافية ذاتها المستعملة في فحص الجيب الفكي اعني بها بزل الجيب · فاننا نستطيع متى رأينا فوهة الجيب الوتدي ان ندخل فيها مروداً كليل الرأس او حاملة القطن نفسها · فاما ان ندخلها من خلف ذنب القرين المتوسط بسهولة تامة او ان نبعد هذا الذنب بموسع انفي طويل · وقد تسكن الالام تماما حين ادخال اي آلة كانت في الجيب لان انصباب بعض القيح منه كاف لاراحة المريض ·

ويستعمل وتسون ويليام عوضاً عن القاثاتير العادي او المبزل محقنة خاصة يستطاع امتصاص مفرزات الجيب بها بعد ادخال ابرتها وفحص ما فيه من الجراثيم · ومتى لم نجد فوهة الجيب جاز ثقب الجدار الامامي بمثقب يسمى مبزلة وتسون ويليام واطباق فوهة المحقنة على المبزل بعدئذ واستنشاق المفرزات المجتمعة

فيه · اما ثقب جدار الجيب الامامي فليس فيه اقل خطر اذا لم يقع الثقب عالياً ولا في الوحشي والثقب كبير الدلالة لانه لا يدع اقل مجال للشك في تشخيص الافةولكن البزل لا يغنينا عن رسم الجيب بالاشعة بل يجب ان نكمل معاينتنا به وتستعمل لهذا الغرض وضعات مختلفة افضلها طريقة غونست (Gunsett) من ستراسبورغ وهي تقوم بوضع اللوحة الحساسة في الفم او بوضعة قاعدية يتبع بها احد الترتيبين الاتيين · الة الاشعة فالذقن فاعلى الرأس فاللوحة الحساسة او الالة فاعلى الرأس فالذقن فاللوحة الحساسة ·

فهذه الفحوص المختلفة تمكننا من تشخيص التهاب الجيب المتقيح ولكن هل الصداع دائما عرض متمم لهذا الالتهاب المتقيح كسائر الاعراض الباقية : غزارة مفرزات الانف والبلعوم وجود القيح في الشق الشمي او في مؤخر الانف ؟ كلا · لان التهاب الجيب الوتدي المنفرد المشترك مع بقية الجيوب الامامية لا يسبب هذه الصداعات المستعصية التي اتينا على وصفها في اول بحثنا عن التهاب هذا الجيب الانادراً ولا يكون لهذه الصداعات الصفات الالمية الخاصة بالصداعات الناتجة من انسداد القناة الانفية الجبهية لانها الام متواصلة مع اشتدادات متكررة وهي الام ليلية وتستمر سنوات عديدة ·فهي ليست اذاً صداعات انحباسية · ولكنها على الرغم من ذلك تسكن بفتح الجيب او ببزله او بادخالنا فيه اي الة كانت ·

فهل هناك اذاً التهاب الجيب بدون التهاب كما ذكر سغورا (Segura) اي هل هناك التهاب جيب لا قيح فيه او بعبارة اخرى التهاب جيب ضخامي ·

وصف سلودر ورايت (Sluder et Wright) افات عميقة في عظم الجيب الوتدي يغطيها غشاء مخاطي يظهر بمظهر طبيعي والعظم في هذه الافة متكثف غني بكاسرات العظم (ostéoclastes) تتخلله احياناً بوءر ارتشاحية يجتمع فيه معا التهاب العظم الضخامي والمتنخر ·

اما الاعراض الظاهرة التي يتصف بها هذا الداء فهي ضخامة ذنب القرين المتوسط مع استحالة غشائه المخاطي وارتشاح بين الغربال والوتدي ·

واذا اعدنا النظر في حالة الجيب التشريحية رأينا ان عصب الفك الاعلى يسير حذاء قاع الجيب الوتدي وفي الاستطالة الجناحية على الجناح الوتدي الكبير تفرقه عن جوف الجيب طبقة عظمية رقيقة قد تكون متشققة في بعض الاحيان· وقد يصاب هذا العصب كما يصاب العصب الوجهي في قناة فالوب والعصب البصري في القناة البصرية بضغط يوءثر فيه كثيراً · فكما ان التهاباً بسيطاً زكامياً في الاذن المتوسطة قد يحدث لقوة فكذلك الزكام البسيط في الجيب الوتدي قد يسبب التهاباً موءلماً في عصب الفك الاعلى ·

وفي هذه الناحية التشريحية قناة صغيرة تدعى قناة فيديوس فيها عصب فيديوس (nerf Vidien) الذي ينقل متى التهب آفته الى الجذوع الرئيسة فاشعاع الألم الى الناحية الخشائية يتم بانتقال العصاب من هذا العصب الصغير الى الالياف الصخرية الناشئة من الوجهي ·وانتشار الألم الى العنق والبلعوم بالالياف الصخرية العميقة حتى عصب جاكوبسون وبه الى البلعومي اللساني واغصانه العنقية.

وقد علل بعضهم الصداع بغير طريقة انضغاط العصب او تخرش الجذوع

العصبية بهذه العوامل المؤلمة وهي الصداعات التي تشفى بعد فتح جيب سليم او توسيع فوهته ·

وقد طبق الدن (Alden) نظرية الفراغ الجيبي التي تحققنا وجودها في بقية الجيوب على الجيب الوتدي ايضاً يقول هذا المؤلف : كما ان انسداد الفوهة يفضي الى انحباس المفرزات في جوف مؤوف يتلوه انضغاط الاعصاب المارة تحت الغشاء المخاطي فهكذا انسداد الجيب نفسه وامتصاص الاوكسجين الذي فيه يفضي الى احتقان منفعل في اوردة الجيب تظهره اعصاب الحس العامة بشكل ألم ندعوه الصداع ·

« للبحث صلة »

تسويس الاسنان

(نظرة حديثة فيه)

للحكيم نجاة ابرهيم الصفدي
دكتور في طب الاسنان وجراحتها

الدكتور ميلر (W. D. Miller) هو اول من وصف التسويس واظهر ان اختمار فضلات ماءاة الفحم المتراكمة على الاسنان بالجراثيم يولد حامض اللبن فهو من جهة يوءثر في محتويات السن غير العضوية والجراثيم من جهة اخرى تتلف مادة السن الاساسية العضوية حيث تتشكل الحفرة ٠

وقد تبين بمساعدة الدكتور بانتينغ (Bunting) ان نوعاً خاصاً من العصيات المولعة بالحامض (bacillus acidophilus) يظهر دائماً في اثناء تسويس الاسنان

وسبب التسويس هذا لا يوضح كل الايضاح ظهور هـذا المرض المتنوع الذي ثبت باستقصاءات عديدة اجريت منذ ايام ميلر ٠ فقـد ادرك هولاء الباحثون ان نظرية ميلر لا توضح جميع ادوار هذا المرض كما يلاحظ من المستثنيات الآتية :

(١) : قد لا تتسوس الاسنان من تراكم بقايا الاطعمة في الفم ٠

(٢) : يزداد الاستعداد للتسوس في اثناء الحمل ٠

(٣) : الاسنان التي فقدت لبها اكثر قابلية للتسوس من الاسنان الحية ٠

(٤ً) : وقوع التسوس في السطوح المتقابلة يوءثر فقط في احــدى السنين المتجاورتين ·

(٥ً) : الميناء المنقط الذي تقل فيه المواد الكلسية لا يكون اكثر قابليــة للتسو يس من الميناء السليم ·

نلاحظ حينئذ ان النظر ية الحالية للنخر لا توضح كل اشكاله· ومتى بدت استثناءات كهذه دلت ان القانون إما ان يكون في غير محله او انه لا يزال محتاجاً الى عامل موءثر · وقد ادرك المدققون ما لايجاد هذا العامل المفقود من الاهمية ، لاننا لا نقدر ان نتقي المرض قبل ان نفهم جيداً الاسباب المختلفــة والحالات التي تتقدمه ·

ان السبب الرئيس للتسويس هو على الارجح ماءاة الفحم الغذائيــة والعصيات المولعة بالحامض على سطح الاسنان ، وعلينا في كل حال ان نعد هذين العاملين سبباً مباشراً وان نكشف السبب المهيء الذي يتوقف عليه مقدار التسوس الحاصل في الاسنان ·

صرف بوديكر (Bödecker) حياته العلمية في حل قضية التسوس ·لكنه بدلاً من ان يسعى الى حلها و يشرح الحالات السر يرية المرافقة للتسوس كنوع الجراثيم وتر كيب اللعاب الكيماوي انصرف الى درس بناء الاسنان ·

ان الميناء بصلابته حصن منيع يرد غارات التسو يس فاذا اخترق هــذا الحصن حاول العاج عبثاً مقاومة هذا العدو فلا تلبث السن ان تتسوس · وقــد ادرك النسجيون سنة ١٩٠٠ انه لا فائدة من درس بناء الميناء درسا مدققا · اذ ظهر لهم ان الميناء هو عبارة عن مواشير موءلفة من مادة غير عضو ية ·

غير ان بوديكر لم يكن من هذا الرأي لاشتباهه بحالة الميناء واختلاف تركيبه باختلاف صحة الشخص العامة ٠

فقد اعتقد ولا يزال يناضل بان الميناء مرتبط تمام الارتبـاط بمصورة الدم وتابع لها بمقاومته للنخر ٠ ففكر بدرس الميناء درسا مدققا و برهن سنة ١٩٠٥ — ١٩٠٦ ان في الميناء مادة عضوية سماها (الحامض العضوي) وهو ما يمكن السائل من المرور الى ملء الميناء ٠

فبعد ان اظهر ما في الميناء البشري السليم من المادة العضوية الحاضنة، حاول ان يصف و يعين القنيات التي تمر بها مصورة الدم من حجرة اللب الى الميـنـاء ٠ والعاج هو النسيج المجاور للميناء المحتوي على انابيب عديدة لا تحصى تنقل الالياف العاجية من اللب الى الملتقى العاجي الميناني ٠

اعاد بوديكر انتباهه للعاج وفحص اليافه فحصا دقيقا بطريقة ابتكرهـا حديثا ٠ فوجد ان هذه الالياف لم تكن حقيقية بل كانت في الاسنان الحية بشكل انابيب تنتقل من اللب الى الملتقى العاجي الميناني وقد بني خط الارتباط هذا الذي به ينتقل البلغم من اوعية اللب الدموية الى ملء الميناء ٠

وقبل البحث في تطور هذه القضية علينا ان نفحص القنيـات الموصلة بين الميناء وجهاز الدوران العام بالتدقيق ٠

قطع بوديكر ثنية علويه قطعا طوليا فشاهد حجرة اللب وقناته والانابيب العاجية متشععة ومتجهة للخارج نحو الملتقى العاجي الميناني ثم اخذ قسماً من تاج هذه الثنية فيه جزء من حجرة اللب والعاج والميناء بكامل ثخانتها وفحصه مجهرياً فشاهد ان البلغم السني يمر من حجرة اللب الى باطن العاج ثم يقطع الملتقى العاجي

الميناني فيدخل الميناء وينتهي اخيراً على سطح السن فوجد من المناسب تسميته بالبلغم السني تمييزاً له عن بلغم الدورة العامة .

تفصيل القنيات السنية :

اخذ بوديكر قسماً من اللب المجاور للعاج وجسمه تحت المجهر فشاهد شعر يتين وعدداً من كريات الدم الحمراء. ثم لاحظ في حجرة اللب ايضا الخلايا الاسطوانية المولدة للسن تجتاز جدران العاج اجتيازاً تاماً وترسل استطالاتها (الالياف العاجية) الى مادة العاج الاساسية .

وفحص بناء العاج مجهرياً بعد تجسيمه فوجده مركبا من مادة اساسية تتخللها قنيات دقيقة لا تحصى هي الانابيب العاجية يحيط بكل منها غلاف يدعى غلاف نيومان .

وقد اكد المدقق هانازاوا (Hanazawa) ايضا بان الالياف العاجية هي بشكل انبوب .

الميناء :

كان يظن ان الميناء مركب في الغالب من مادة غير عضوية تكون درعا اصم لا ينفذه شيء . غير ان تدقيقات هد (Head) وبانتينغ (Bunting) وريكرت (Rickert) وآمبرصون (Amberson) وكلاين (Klein) وبوديكر (Bödecker) اثبتت ان الميناء قابل للاختراق .

وقد اثبت بوديكر باسلوب خاص وجود حاضن عضوي او مادة البروتئين ويرجح بانها متعادلة الحجم مع المحتويات غير العضوية او المعدنية في الميناء وقد اظهر ان في الميناء ثلاثة عناصر وهي : صفائح الميناء وحزمها واغمدة لمواشير الميناء

وان هذه العناصر تمكن السوائل من الوصول الى باطن الميناء وهي التي توزع البلغم على الميناء بعد ان تلتقطه من الملتقى العاجي الميناي ·

عاد بوديكر الى ملاحظة البناءات التي يسير فيها البلغم السني من الملتقى العاجي الميناي لباطن الميناء حتى سطحه · فشاهد ان كثيراً مـا تسير الانابيب العاجية الدقيقة معترضة للملتقى العاجي الميناي لباطن الميناء بدلاً من ان تنتهي سائبة في العاج · فانابيب دقيقة كهذه ترتبط بصفائح الميناء وحزمه وغمدة مواشيره حيث تزودها بالبلغم السني ·

فاذا اخذنا صورة مجسمة لسطح من الملتقى العاجي الميناي نرى عـدداً من الحزم يظهر من شكلها الحقيقي ان وظيفتها توزيع البلغم السني وايصاله الى الميناء ولدى فحص سطح الملتقى العاجي الميناي تحت المجهر بالشعاع فوق البنفسجي لوحظ عدد من الانابيب العاجية قاطعة الملتقى العاجي الميناي بسيرها في باطن الميناء ويظهر ان مغازل الميناء تلعب دوراً في خلقته مع انه لم يكن يعرف لها حتى الان عمل معين · واستطالات الميناء هذه هي قسم من القنيات العاجية التي تقطـع الحدود في الميناء وتنتهي على ابعاد مختلفة وهي ممتلئة بمادة هيولية لا كلسية · ويعتقد بوديكر بعد اقصى تدقيقاته انها قسم من الجهاز الحسي لهذا القسم من السن · وقد فحصها بما وراء المجهر وشاهدها تنفذ باطن الميناء وترتبط بالانابيب العاجية الدقيقة وقد لاحظ بفحصه ايضا ان كلا من مواشير الميناء محاط بغمد او غلاف من البروتئين يخترقه البلغم السني على ما يرجح ·

وقد حضر الدكتور ايدماند ابلبوم (Edmund Applebaum) مساعـد بوديكر نموذجا من سن محشوة بالفضة المملغمة فوجد ان اللون الناجم منها نفـذ

قليلاً الى باطن الميناء وقد شاهد الاستاذ بوديكر نفسه ان الحبات الدقيقة الراسبة في اغمدة المواشير هي التي تسمح للسوائل باختراق الميناء بكثرة ٠ وان البلغم السني ينفذ طبيعيا بالقنيات المذكورة من اللب الى سطح السن ٠ وقد اثبت ذلك بعدة تجارب مخبرية كما اثبته ايضاً بتجارب به على الحيوانات الحية ٠

وكان بست (Beust) اول من نجح في ادخال الصباغ للميناء من حجرة اللب عن طريق العاج وقد اعاد بوديكر التجربة نفسها ٠

وقد اظهر برسي هو (Percy Howe) بتدقيقاته وجود الرصاص في العاج والميناء في سن شخص مات مسموما ، وشاهد قابلية نفوذه اثناء حياة نسج السن

وقد اثبتت اكثر التجارب اثباتاً لا شك فيه مرور البلغم من اللب لسطح السن ، عالجها فيش بان وضع مسحوق زرقة المتيلن على لب سن كلب حي باعتناء ، ثم ملأ الحفرة بدون ادنى ضغط وتركها اربعاً وعشرين ساعة ثم حضرها نموذجا للفحص بالمجهر ٠ فرأى بعد فحصها ان هيولى الدم او مصورته حملت صباغ المتيلن الازرق ومرت به من داخل العاج والميناء حتى سطح السن ٠

وجرب ذلك مرات عديدة في كلاب صغيرة وكبيرة واثبت قابلية نفوذها لكل من العاج والميناء في اسنان الكلاب ٠

واسنان البشر مشابهة تقريبا لها من الوجهة النسيجية ٠

ويعتقد بوديكر ان البلغم السني يتفرع من مصورة الدم الموجودة في لب الاسنان المختلفة حيث تتوقف خواص الاول على خواص الاخير ٠

وفي مصورة الدم ايضا ملاح الصوده والكلس والبوتاسيوم فعليه يكون الاعتقاد القائل بان تركيب البلغم السني مشابه لتركيب مصورة الدم مقبولا

اي تأثير البلغم السني في حدوث التسويس وتقدمه ؟

ان العامل المؤثر الذي يهدد نسج السن هو الحامض اللبني ، فاذا تمكنا من ايجاد مادة كيماوية تعدل هذا الحامض قبل هجومه على ملاح الميناء المعدنية منعنا تسويس الاسنان . وقد ذكر سابقا ان في البلغم ملاحا معدنية حرة تتحد بالحامض اللبني المتشكل تحت اللوحات المخاطية .

لاحظ بوديكر ان البلغم السني يفيض من اغمدة مواشير الميناء على سطح السن وان الجراثيم تشكل الحامض اللبني بمواجهة ماءات الفحم وتتبطن بشرة الميناء . فمتى واجه الحامض البلغم السني اختلط الاول بملاح الثاني المعدنية وتعدل فاصبح اقل ضرراً والتسوس اقل حدوثا . اما اذا نقصت قوة البلغم السني او محتوياته من الملاح المعدنية فالحامض اللبني الحر ينفذ ميناء السن ويبتديء التسويس .

ان قوة تعديل البلغم السني لاي حامض ما هي مستقلة بذاتها لا تحتاج الى واسطة في التفاعل الخلقي . ويشبه هذا التعديل تعديل الحامض اللبني في العضلات بثاني فحماة الصوده الموجودة في مصورة الدم وقد ذكر ذلك ايضا استاذ جامعة كولومبيا الدكتور كلارك (Clark) . ويرجح الدكتور ماكسويل كارشان (Maxwell Karshan) أن ثاني فحماة الصوده الموجودة في البلغم السني هي التي تعدل الحامض اللبني المسبب للتسويس :

ويحدث التسوس متى نقصت كمية الملاح المعدنية في البلغم السني لدرجة تعجز معها عن تعديل الحامض اللبني الموجود على سطح السن . ويستنتج بوديكر من مشاهداته السريرية ان التسويس يزداد في اثناء تشوش الاجهزة او عقبه تماما

وتتجدد بزوالها المحتويات المعدنية الطبيعية في الدم فيتعدل ثانية الحامض اللبني الحاصل في نهاية سير التسويس فيتوقف وعندها نشاهد ان التسويس قد توقف ·

ثم اننا اذا سلمنا بهذه النظرية سهل علينا فهم السبب في زيادة التسويس اثناء الحمل ·

مقاومة نسج السن الفطرية للتسويس :

ان نظرية بوديكر الثابتة القائلة بان للاسنان مقاومة فردية مختلفة وفطرية للنخر هي الآن سائرة سيراً حثيثاً نحو الاثبات (ان اختلافات كمية البلغم السني ودرجة تعديله للحامض اللبني تغير قابليته للتسويس او مناعة الاسنان على النخرة)

وظيفة البلغم السني :

يرجح بوديكر ان للبلغم وظيفتين : الاولى تعديل الحامض اللبني الموجود في حالات التسويس بواسطة محتوياته المعدنية (الصودية والكلسية والبوتاسية) والثانية زيادة كثافة العاج والميناء ببطء بجمعها املاح الكالسيوم ·

المستثنيات السريرية لنظرية التسويس القديمة :

لندقق في المستثنيات السريرية الغامضة المذكورة في ابتداء هذه المقالة ولنر ما اذا كان هذا العامل المهيء الجديد يسهل علينا فهم قضية التسويس ·

١ً — (قد لا تسوس الاسنان في افواه غير نظيفة) و يعلل ذلك بدفاع البلغم السني متى كان صحيحا وقوة تعديله للحامض اللبني الحاصل من اختمار الاغذية في الفم ومنعه للتسويس عن الحصول ·

٢ً - ان الحمل والمرض يزيدان قابلية الاسنان للتسوس وقد اتضح سبب ذلك مما ذكر اعلاه ·

٣ً — ان الاسنان التي نزعت لبابها هي في الغالب اكثر قابلية للتسوس من الاسنان الحية وقد عللنا ذلك فهو يظهر الفرق بين ميناء الاسنان المزود بالبلغم و بين ميناء الاسنان الميتة الذي لا يصل اليه البلغم فهو لذلك اسرع عطبا من الاول

٤ً — ان حصول التسوس في سطوح الاسنان المتقابلة يوءثر فقط في احدى السنين المتجاورتين و يعلل ذلك باحتمال حدوث بعض اضطرابات في وظيفة لب السن المتسوسة فتنقص كمية البلغم السني التي تصل الى سطح السن فتزيد بذلك قابليته للتسويس ٠

٥ً — ان الميناء المنقط القليلة مواده الكلسية لا يكون اكثر قابلية للتسويس من الميناء الطبيعي ٠ ولنفرض انه اكثر قابلية للتسويس فهو لا ينكسر باسرع من الميناء الطبيعي ٠

شرح الدكتور ابليبوم هذه المادة الخامسة شرحا مقبولاً فقال ان الميناء المنقط ذو مسام اكثر من الميناء الطبيعي التام التكلس والبلغم السني بما فيه من الملاح المعدنية الحرة يخترق سطوح مسامه باسرع مما يخترق سطح الميناء الطبيعي فتزيد بذلك قوة تصادم السطوح المنقطة وتمنع الحامض اللبني من اتلافها ٠ وقد ايد الاستاذ بوديكر شرح معاونه هذا ٠

مقتطفات حديثة

المعالجة الوحيدة لزهري المعدة

للدكتور لافن (Leven)

تختلف معالجة زهري المعدة عن معالجة التظاهرات الزهرية الاخرى وكثيراً ما تخيب الطرق الدوائية فيه مع انها تنجع في هذه وقد حملت هذه الخيبة بعض الاطباء على انكار زهري المعدة والبعض الاخر على عده مرضاً نادراً مع ان الزهري يحدث في المعدة عسر هضم وقروحاً وتضيق بواب وسوى ذلك من الافات كتكتن(linites) المعدة وكالاورام التي تشابه اعراضها اعراض السرطان

ولست ارسل القول جزافاً بل ان كلامي يستند الى مشاهدات عديدة تمثلت بالاشكال التي اوردتها آنفاً وشفيت بالمعالجة التي سأوردها الان واني امتنع عن ذكر هذه المشاهدات الكثيرة لضيق المقام واكتفي بذكر واحدة منها باختصار :

بعث اليّ الدكتور دوريه باحد مرضاه مصاباً بضيق البواب وسلسله يسألني رأيي في معالجة هذا المريض الجراحية ·

والمريض في العقد الخامس وكان قد اصيب بالزهري في سنته العشرين ·

فرغبت في ان اختبر في المريض المعالجة النوعية قبل اجراء المعالجة الجراحية فاجابني الدكتور دوريه ان مريضه قد عولج معالجة نوعية حسنة وفقاً للقواعد الحديثة

فسألته عما اذا كان قد عولج باليود فاجاب انه جرب اليودور مرة واحدة واضطر الى قطعه بسرعة لانه لم يتحمله · فاجبت زميلي ان المعالجة الناجعة في زهري المعدة اذا كانت هذه الحادثة زهرية لم يستعملها هذا المريض حتى الان

وانه يستحيل علينا ان نستنتج نتيجة جازمة قبل استعمالها · فاقتنع زميلي بما ابديت وثابر المريض شهرين على المعالجة وتحقق الدكتور كوليه بعدهما ان سلس البواب شفي شفاء تاما ·

وقد زالت جميع الاعراض المزعجة وزاد وزن المريض ثمانية كيلوغرامات ولم تعد تبدو اقياء الدم الغزيرة ولا تغوطات الدم التي كان المريض قد اصيب بها قبل بدء هذه المعالجة ·

ثم عاينت المريض بعد ثمانية عشر شهراً فوجدت ان حالته قد تحسنت كثيراً وكان قد استعمل في ذلك الوقت ٢٥٠ فتيلة زئبقية وتناول ٢٠ قنينة ليبيودول ·

فالمعالجة الوحيدة التي تشفي زهري المعدة تتألف من الفتائل الزئبقية واليود ليس غير ·

توضع فتيلة كل مساء من الفتائل التالية مدة عشرين يوماً متوالية :

زئبق حي	}	٠،٠٣ — ٠،٠٤ سنتغم
مطفأ باللنولين والفازلين	}	من كل ٠،٥٠ سنتغم
زبدة الكاكاو		٤ غم

لفتيلة واحدة تصنع عشرون فتيلة مثلها ·

ويؤخذ من الليبيودول محفظة (capsule) في اثناء طعامي الظهر والمساء وثلاثين يوما في الشهر اولاً ثم تنقص بعدئذ الى عشرين يوما في الشهر ·

ومدة المعالجة تابعة للنتائج المجتناة منها والتحسن سريع جداً في الغالب ·

م · خ ·

الجزء ٤ المجلد ٧



دمشق في نيسان سنة ١٩٣٠ م . الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٨ هـ

التهابات الخلب الزحارية

للدكتور شوكة الشطي الاستاذ في معهد الطب بدمشق

ليست التهابات الخلب الزحارية نادرة لان الزحار المتحولي من الامراض المقرحة المستقرة قروحه في المعى الغليظ ايضاً وهي قروح مختلفة الاشكال والحجوم تارة متفرقة واخرى مجتمعة وهي عميقة في الغالب وحافاتها منتفخة ومتوذمة ٠

يبدأ التقرح في النقاط التي دخلت منها المتحولات فتصاب البطانة المخاطية بنوات لا يلبث ان يستولي على عناصر البشرة جميعها حتى العضلة المخاطية وقد يتعداها ٠ وتكون فوهة القروح ضيقة عادة وحافاتها مقتلعة ومقطوعة قطعاً عمودياً ٠ وتدخل المتحولات العروق الكبيرة والشعرية والبلغمية فتحدث التهاباً فيها وفي محيطها ٠ وينتشر هذا الالتهاب المقرح احياناً فيصل الى الخلب وقد يثقبه

وقد شوهدت قروح الزحار في الزائدة والمعى الدقيق · وسير هذه القروح مزمن في الغالب كسير الزحار نفسه

ويتفاعل الخلب في اثنـاء سير التقرح فيلتهب التهاباً موضعياً ومتى وقع الانثقاب انسكب السائل النتن في مسكن محاط بالتصاقات وبأغشية موهمة وبقي جوف الخلب الكبير سليماً · وتتألف الأعراض حينئذ من الآم موضعية وتقفع محدود في جدار البطن وخراج · فيكون قد اكتمل التهاب الخلب الزحاري الموضعي · والمشاهدات عن هذا النوع كثيرة

وقد يثقب التقرح الخلب اثر هجمة حـادة لم تفسح له مجالاً ليتفاعل فيلقى السائل النتن في جوفه ويكون التهاب الخلب العام بمشهده السريري الخاص وليست المشاهدات عن هذا النوع نادرة بل هي كثيرة ايضاً ·

وهناك حالة ثالثة يلتهب فيها الخلب دون ظهور علامة ما تنم عن انثقاب ·

وحالة رابعة تبدو فيها اعراض تدل على تهيج الخلب ·

واذا كان إمراض التهابات الخلب في الحالتين الاولى والثـانية واضحاً فليس الامر كذلك في الحالتين الثالثة والرابعة · فليس هنـا تقرح يثقب الخلب ويلهب جوفه

ولا بد من قبول احدى الفرضيتين الآتيتين

١ً — هي ان تخترق المتحولات الغشاء المصلي دون ان تثقبه فتستقر في جوف الخلب وتلهبه · تساعد على ذلك آفات المعى وانسكابات الدم النزفية تحت الغشاء المصلي قياساً لما يشاهد احيـاناً في الحمى التيفية وانسداد المعى والتهاب المرارة التهاباً يجعل الجراثيم قادرة على اختراقها ·

وقد اجريت تجارب مهمة في هذا الصدد اثبتت امكان انتقال الجراثيم بعد اضعاف مقاومة غشاء المعى أو المرارة المصلي بتبريده او تقليل كمية الدم فيه او تسميمه فاخترقته الجراثيم دون ان يبدو فيه ادنى تقرح ٠

٢ً – وقد يكون للمتحولات سموم خاصة تنتشر في الدم ثم تستقر في الخلب فتلهبه قياساً لما يقع في التهاب الكلية والاحشاء الاخرى الزحاري فان كانت وطأة العوامل المرضية شديدة احدثت الالتهاب وان كانت اخف من ذلك احدثت التهيج الخلبي واننا نورد هذه المشاهدة لما فيها من الفائدة:

ج ٠ س ٠ له من العمر خمسة ثلاثون عاماً كانت تنتابه من آن لآخر هجمات زحار حادة غير ان هجمته هذه المرة رافقتها آلام فجائية مستمرة بدأت بالمعى الغليظ وانتشرت في البطن كله وكانت تشتد هذه الآلام اشتداداً فائقاً كلما شعر بالزحير، وباقياء مخاطية وصفراوية وغثيان مستمر ٠ واعترى المريض بعد ثلاثة ايام اي في اليوم الذي شاهدناه فواق ٠

سوابق المريض : اصيب في صغره بالحصبة وفي شبابه بالربيض اثناء الحرب العامة واعتراه منذ خمس سنوات زحار كانت تهجع أعراضه بالامتين فيشفى شفاء ظاهراً مدة من الزمن ثم تعاوده الهجمة فيعالجها معالجة ليست حاسمة وهكذا دواليك بضع مرات في السنين الخمس المذكورة وقد ظهرت هذه المرة بمشهد الزحار مع التهاب الخلب ٠

العلامات الطبيعية : البطن منتفخ حسه مزداد جس بطن المريض والاستقصاء فيه غير ممكن يرفضه المريض كل الرفض ٠

العلامات العامة : الوجه شاحب ، الاسارير منكمشة الجبهة مبللة بعرق قليل ، الحرارة مرتفعة درجة واحدة، النبض مسرع ١٠٠ نبضة في الدقيقة ولا يناسب عدده درجة الحرارة ٠

التشخيص : لا مجال للشك في تشخيص الزحار فان علاماته واسمة وبيانية غير ان ما اغمض علينا امره هو العلامات الدالة على التهاب الخلب الخفيف الحدة ٠ وقد سعينا الى معرفة سببه فلم نعثر على ما يعلله غير الزحار فاستعملنا الامتين تحت الجلد بمقدار (٠٫٠٦٥)

وحقنا الوريد بـ (٠،١٥) من النيوسلفرسان قمعاً لحدة المرض واوصينا المريض باستعمال كيس الثلج على البطن · وعدنا الى زيارته في اليوم الثاني فبـدا لنا تحسن واضح في حالته فالام البطن خفت والاقياء قلت وعدد التغوط نقص فاكتفينا في اليوم الثاني بالامتين وحده واستعملنا له في اليوم الثالث الامتين مع (٠،١٥) من النيوسلفرسان وثابرنا على هذه المعالجة اسبوعاً فشفي التهاب خلب المريض وهجمة زحاره الحادة ثم اوصيناه باستعمال الستوفارسول اربعة اسابيع وقد رغبنا في ان نتحرى المتحولات وغلفها في غائط المريض ليثبت التشخيص المخبري ما اثبتته المعالجة النوعية فلم يمكنا المريض من ذلك ·

ولدينا مشاهدات اخرى تشبه هذه المشاهدة نضرب صفحاً عن ذكرها خشية التطويل وقد كانت الاعراض في احداها خفيفة جداً فنسبناها الى تهيج الخلب لا الى التهابه لان المريض كان يشكو زحاراً والاماً وتطبلاً ولكن الاعراض العامة كانت خفيفة جداً والحرارة مرتفعة بعض الارتفاع والنبض قريباً من الطبيعي · وقد شفيت هذه الحالة ايضاً بالمعالجة المضادة للزحار ·



معالجة الجروح

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

كيف يجب ان تعالج الجروح في ايامنا الحاضرة ؟ ولست اعني بكلامي هذه الجروح السطحية المحدثة بآلة واخزة او قاطعة التي لا تزال الاراء متفقة على طرز معالجتها بل اعني الجروح الرضية التي تحدث في الشوارع والمعامل والجروح النارية المختلفة الدرجات والشديدة التعرج ·

كان الرأي السائد فيما مضى يقضي بان لا تغلق الجروح التي لا يحدثها الجراح فاذا كان الجرح حديثاً ولم تكن آفة تهدد حياة المريض بالخطر كان يكتفى بتضميد الجرح تضميداً مضاداً للفساد و ينتظر الشفاء مع المثابرة على التضميدات المتتابعة واذا كان الجرح عفناً كانت توسع منعرجات الجرح المتقيحة وتحفض وتغسل وكان ينتظر ريثما ترمم الطبيعة ما اتلف · فكان ينقلب الجريح مريضاً وكانت الندب الصلبة تقعده اذا سلمت حياته من الانتشارات الصديدية ·

اما اليوم فقد اعاضت عن هذه المعالجة المذعلة معالجة فاعلة غايتها :

١ً — ان يجتنب خطر التعفن ٢ً ان يحصل على ترميم سريع · وقد قامت باملاء هذه الامثولة على الجراحين الحرب الكبرى : فقد توصلوا الى اقامة معالجة جديدة بعد ان عرفوا حيوية جروح الحرب وسيرها الفوري ·

اما حيوية الجروح الرضية فاننا نرى مبدأين متغلبين فيها : النسج التي فقدت حياتها بشدة الرض وتعفنت بالعامل الراض نفسه ·

وقد اثبت بوليكار (Policard) ان الطبيعة في الجروح المتروكة وشأنها تقوم بعامل التنظيف الفوري فالنسج التي فقدت دورانها لتمزق اوعيتها الشعرية تموت وتبدو الكريات البيضاء على الجدار الذي يفصل الميت عن الحي وتدخل النسج الميتة فتذيبها بخمائرها وبالخمائر الباطنة للخلايا المتلفة · فيحدث اولاً دور كمين مدته ٥ — ٦ ساعات تنقلب فيه ذرة الهيولى الكبيرة الاحينيــة وهي بيئة سيئة للاستنبات ذرات صغيرة ومتى ظهر الدور المضموني (stade peptone) اصبحت البيئة ملائمة كل الملائمة لتكاثر الجراثيم فدور التنظيف هذا هو اذن الاونة الاشد خطراً ، الاونة التي تبدو فيها الغنغرينا والتعفن وتسمم البنية بمحصولات التجزوء السامة · فتبدو العوارض النتنة والغنغرينية والخراجات الغازية الناجمة من تكاثر الجراثيم في سياق اليوم الثاني او الثالث وتظهر العوارض الصديدية متأخرة ولا تأخذ منظرها النموذجي الا بعد عدة ايام · فاجتناب هذه العراقيل الخطرة يقوم اذن بحذف البيئة المضمونية التي تشابه مرقاً صالحاً للاستنبات او بمنعها عن التكون ويستطاع هذا بالقطع الجراحي · فعلى الجراح اذن ان ينظف بمقراضه ما تصنعه الطبيعة ببطء بخمائر كرياتها البيضاء الهاضمة وهذا ما نسميه <u>تقشير الجروح او تنضيرها</u> فالتنضير يزيل دفعة واحدة الجراثيم التي حملها العامل الجــارح الى الجرح واذا ترك بعضها فانه لا يترك لها بيئة ملائمة لنموهــا وحيث لا مرق لا جراثيم ·

ويعقب دور الترميم عادة دور التنظيف وينتهي بالندب · غير ان الترميم اذا ترك وشأنه كان بطيئاً والبراعم الضامة التي تملأ الفراغ تفضي الى ندبة صلبة

مزعجة او سمجة يحسن بنا اجتنابها : فالخياطة ترمم الجرح سريعــاً وتترك ندبة حسنة · وهذه الطريقة افضل وسيلة لاجتناب التعفنات الثانوية لانها تنشط دفاع الخلايا الحية ازاء الجراثيم التي قد تبقى مندفنة· فالجرح الرضي الذي يترك امر ترميمه الى الطبيعة وحدها يستدعي ترميمه اسابيع وهو اذا عولج بالتنضير يعود جرحاً جراحياً ويندمل ببضعة ايام ·

نحل اذن فعل الجراحة السريع محل الطبيعة البطيء غير ان هذا التوسط يستدعي بعض الشروط واولها ان يقوم بالتنضير جراح ماهر قد اعتاد مثل هذه الامور وان يكون الجرح حديث العهد ونعني بذلك الا تكون قد مرت عليه الا بضع ساعات لان الخياطة الابتدائية قلما تنجح اذا كانت قد مرت ١٢ساعة على الجرح والمشاهدات التي رواها بعض الجراحين ونجحت بها الخياطة الابتدائية بعدمرور ٢٤ساعة على الجرح لا تزال نادرة ولا تصح ان تكون مستنداً يستند اليه

ومن جمــلة الشروط ان لا تكون التخريبات شديدة الاتساع وان تكون البنية متينة قادرة على تلقي الصدمة فالجروح العديدة في شخص واحد هي اذن خطرة جداً · ونخشى دائماً المكورات العقدية عامل انتشار التعفنات النتنة او القيحية السريع · وبعد ايراد هذه المقدمة نمر الى وصف التنضير فهو يتضمن :

١ً — قطع النسج المرضوضة التي لا يرويها الدم جيداً ·

٢ً — نزع الاجسام الغريبة والنسج التي يتألف منها جدار الجرح لان فيها جراثيم عديدة · وقد وضع طرز هــذا العمل ودقق فيه لامتر وغوديه (Lemaitre et Gaudier) منذ سنة ١٩١٥ واشارا بتعميم طريقتهما·

لا ننكر ان الجراحين العسكريين كانوا جرياً على مشورة مفتشهم لابنسه

ينزعون النسج المرضوضة قبل الحرب بزمن مديد أملاً بشفاء الجروح المحدثة على حافة الظنبوب برفصة القدم والتي كان يطول امد شفائها ويوقع الجراح في اليأس غير ان هذه الطريقة اهملت ونسجت عليها عناكب النسيان فضلاً عن انه ما من احد فكر في تطبيق هذه الطريقة على معالجة الجروح النارية ٠

وتضمير الجروح يستدعي معدات جراحية كافية وقفافيز وخير ما يصنع في هذه الحالة ان تبدل الا آلات مرات عـديدة غير انه يصعب ذلك في الممارسة فيكتفى بمسحها برفادة مبللة بالكحول او الاثير ٠

والاعتناء بالارقاء (hémostase) واجب فعلى الجراح ان ينشف الجرح لا ان يمسحه أي ان يضغطه برفادة ويلقيها دون ان ينقلها الى مكان آخر لانها تعد ملوثة فالمسح يلوث الاقسام الطاهرة ٠

والتخدير العام واجب واضاءة الجرح ضرورية ولهذا لا يكاد يستغني عن مرآة الجبهة ٠ واتقان التشريح امر لا مندوحة عنه لكي يتمكن الجراح من الوصول الى الاعضاء بمختلف الطرق متبعاً مسير العامل الراض ٠ اما الطهارة فلا نتكلم عن ضرورتها وهي اس عمل الجراح ٠

يبتدأ بقطع الجلد بعيداً عن حافة الجرح زهاء سنتمتر وينزع من النسيج الخلوي تحته كل ما لا يبدو سليماً على الا يحرم الجـلد بطانته التي تضمن له التغذية ٠

وتفرغ جميع الانصبابات الدموية والخثر وتقطع جميع الصفق التي مزقها العامل الراض ويسترشد في معرفة النسيج العضلي السليم بلونه وادماء العضلة متى قطعت وظهور التقلص الليفي فيها او اختفاؤه متى قرصت ٠ وتستخرج

شظايا العظم الحرة او القليلة الالتصاق التي يشك في حياتها ٠

وصفوة القول ان تنضير الجرح يجب ان يكون تدريجياً من السطح نحو العمق وان يتبع به مسير الجرح واقتلاعاته٠ والامر المهم في هذا التنضير هو ان يزال من البوءرة كل ما لا قبل له على الحياة و يفضل استعمال المقراض المعقوف ومتى نضر الجرح جيداً وكان الجراح على ثقة من انه نزع كل النسج المتلفة يجوز له ان يخيط الجرح خياطة ابتدائية والافضل ان يترك احفوضاً شعرياً اي خصلة من شعر فلورنسة ولكن حذار من وضع احفوض مطاط ٠ واذا لم يكن على ثقة من انه انتزع كل النسج المتلفة كان عليه ان يترك الجرح مفتوحاً وان يحشوه بالشاش المعقم وان ينتظر ٢٤–٤٨ ساعة ريثما يأتي جواب المخبر عما ارسل اليه فاذا جاء جواب المخبر حسناً ولم تكن جراثيم واذا كانت المعاينة السريرية مرضية يخاط الجرح خياطة ابتدائية متأخرة وافضل وقت لها من اليوم الثالث الى اليوم الخامس و يجوز اجراوءها حتى اليوم العاشر كما ان خياطة كل طبقة على حدة اذا اقتضى الامر جائزة يوماً فيوماً مع الابتداء من العمق الى السطح اي على عكس الترتيب الذي اتبع في التنضير ٠

اما الاعتناآت بعد العمليات فاذكر منها النقاط التالية ٠يجب تثبيت الناحية او الطرف والامتناع عن التضميد اذا لم تكن حاجة اليه ومراقبة الحرارة التي قد تتجاوز ٣٨ في اليومين الاولين دون ان تكون دليلاً سيئاً متى بقي النبض حسناً واذا آلم الجرح المريض الماً فورياً او شعر بان الضماد يضغطه وجبت في الحال مراقبة الجرح ٠

فتطبيق هذه الطريقة يقوم اذن بامور صغيرة دقيقة وبمراقبة عن كثب يترتب على الجراح القيام بها في الايام الثمانية او العشرة الاولى · ولكن ما من ينكر انها اضمن وسيلة مع المصول الواقية المضادة للكزاز والغنغرينا لاتقاء العراقيل الخطرة ·

فاذا روعيت هذه القاعدة استفادت جميع الجروح من التنضير ونعني بها اجراء التوسط في السريع العاجل بعد حدوث الجرح على ان يجريه جراح ماهر وان يقوم هو نفسه بمراقبة الجريح · ولا تشذ عن هذه القاعدة الجروح النارية الشبيهة بالخزام فان معظم الجراحين يفتحون المجرى ويستأصلون النسج المرضوضة ويخيطون · واذا كان الجرح سطحياً جاز استئصال نسجه كتلة واحدة كما ينزع الورم · وما يقال في جروح الاقسام الرخوة يقال ايضاً في الكسور المفتوحة التي تستدعي في معظم الحالات التوسط الجراحي والاجهزة باسرع ما يستطاع بعد استخراج الاجسام الغريبة والشظايا بحكمة وتأنٍ ·

وجروح المفاصل تستفيد ايضاً من المعالجة الجراحية المباشرة · والاستقصاء في جروح الجمجمة لا مندوحة عنه ايضاً · اما جروح الصدر فاذا امتنع فيها غالباً عن التوسط فان منها ما يستدعيه وذلك متى كسرت الاضلاع وانفتح غشاء الجنب وفي بعض جروح الرئة ·

هذا ما يقال في طرز اجراء التنضير الجراحي واستطباباته والخياطة الابتدائية في معالجة الجروح الحديثة ·

واما اذا اتانا الجريح بعد ان يكون قد مرت عليه ١٢ ساعة وكان التعفن

قد ابتدأ فلا يستطاع حينئذ تنظيف الجرح تنظيفاً آلياً دون التعرض لخطر العراقيل ولا سيما متى كان التهاب الاوعية البلغمية قد ظهر والانتباج والألم قد بديا . وخيبة الخياطة الابتدائية تصادف في جروح كهذه . ففي هذه الحالة لا يرجى من المبضع القيام بتنظيف الجرح بل من عامل كيماوي وافضل هذه العوامل واعمها استعمالا هو محلول دكان (محلول تحت كلورية الصوده المحضر حسب تعليمات دوفران والمستعمل وفقاً لطريقة كرل) الذي يجب استعماله في جميع الحوادث التي لا يستطاع تنضيرها .

يفتح الجرح ويضمد بالمحلول فيذيب جميع النسج المائتة ويحترم النسج الطبيعية مسهلاً نظافتها ومتى زالت الجراثيم لانها لا تجد بيئة ملائمة لها يخاط الجرح خياطة ثانوية .

في تحت كلورية الصوده التي تباع في مخازن الأدوية القلي واحياناً الكلور الحر فهي اذن مخرشة اشد التخريش متى وضعت على الجرح وقد ابطل دكان هذا المحذور باضافته حامض البور وتوصل الى تحضير محلول يكاد يكون دائماً معتدلاً . غير ان حامض البور نفسه قد يكون مخرشاً والمحلول قد لا يستطاع حفظه طويلاً . وهذا ما حدا بدفران الى التغلب على هذا المحذور ايضاً باضافته كلورور الكلس وفحماة الصوده وثاني فحماتها وتحضيره محلولاً قاتلاً للجراثيم بشدة بفعله في النسج المائتة دون ان يخرش النسج الحية وثمنه بخس فهو اذن افضل مظهر للفساد .

ولا بد من بعض الشروط في استعماله وفقاً لطريقة كرل :

١ً – يجب ان يلامس المحلول ملامسة وثقى جميع منعرجات الجرح وان يبلغ هذه المنعرجات بانابيب مطاط توزعه فيها وفقاً لشرائع الثقل ٠

٢ً – ينقص تكاثف المحلول بسرعة لتمدده بمفرزات الجرح ولاتحادتحت كلورية الصوده بهيولينات (protéines) الصديد والنسج والدم ٠ فيجب تجديد هذا المحلول دائماً على سطح الجرح لكي يبقى تكاثفه واحداً لا يتبدل وذلك بالتقطير المتواصل او المتقطع المجرى كل ساعة او ساعتين وهذا كاف لغسل الجرح وازالة الذيفانات التي تعوق عمل البلعمة وينجم من هذا ان الاعراض العامة المزعجة جميعها تزول بسرعة ٠

٣ً – يثابر على استعمال المحلول طويلاً ليلاً نهاراً حتى ينظف الجرح نظافة سريرية او جرثومية وتثبتها معاينة الكشاطة مرات متتابعة ٠

اما الجهاز فيتألف من وعاء يحفظ فيه المحلول وانبوب مطاط يوصل الى الانابيب الاخرى التي توزعه وهي انابيب مثقبة ٠ وطريقة وضع هذه الانابيب لا تخلو من الدقة يجب ان تطبق مباشرة على الجرح لان الشاش او القطن الذي يفصل به البعض الجرح عن الانابيب تتشرب بالمصل الذي تفرزه النسج وتعود كتيمة فيجب اذن وضع الرفادات فوق الانابيب لا تحتها وتراعى في توزيع الانابيب هذه القاعدة وهي ان يغمر السائل سطح الجرح كله ٠ والجروح التي يستطاع املاوءها كالوعاء هي اكثر الجروح ملائمة للتطهير ولهذا تجب اعادة الجروح المزدوجة الثقب جروحاً وحيدة الثقب اذا امكن بسد الثقب السفلي بقطيلة ٠

ويوضع الجريح في الوضعة الاكثر ملائمة لاجتماع المحلول في الجرح

و يثبت الطرف في جهاز جبس معلقا او ممدداً · و يبدل التضميد كل يوم ·

والمدة الواجبة لتطهير جروح واقعة في الاقسام الرخوة هي ٨— ١ ايام و ١٥ —٢٠ يوماً متى كان كسر · وكلما اخرت المعالجة طالت المـدة لان التعفن يكون قد انتشر واشتد ·

يلاحظ في البدء ان الرفادات التي تنزع عن الجرح تكون مغطاة بمـادة خائطة سنجابية ناجمة من اتحاد الصديد بتحت كلورية الصوده ثم تصبح هذه المادة اكثر لزوجة وصفاءً فشفافة فيكون الجرح قد اصبح صالحًا للخياطة الثانوية ولا يجوز ان يخاط الجرح قبل التحقق انه لا مكورات عقدية فيه ·

و يجب ان تكون الخياطة تابعة للطبقات التشريحية ما امكن فيبدأ اولا بقطع حافة الجرح الندبية بالمبضع وازالة البراعم اللحمية التي تغطي الجرح والطبقة الليفية تحتها ثم تبدل الا لات بآلات جديدة و يسلخ الجلد سلخًا كافيا لتقريب حافتيه احداهما من الاخرى بدون ان تشدا ·

و بعد ان يرقأ الدم ارقاءً حسنًا تخـاط الطبقة العضلية الصفاقية ثم الجلد او يحفض بشعر فلورنسة ·

فاذا لم يطرأ طارئ جديد بل ظل النبض حسنًا والحالة الموضعية جيدة يزال الاحفوض في اليوم الرابع و يندمل الجرح كما بالمقصد الاول وامـا اذا احمر الجرح وآلم فتفك كل الغرز او بعضها واذا كانت نتيجة هـذا العمل الاحتفاظ ببعض الغرز وتقريب حافتي الجرح فذلك يكفي لتقصير مـدة الشفاء والحصول على ندبة اجمل من الندبة التي تنجم مما لو ترك الجرح وشأنه ·

وصفوة القول ان معالجة الجروح الجراحية تختصر بالكلمات الآتية: تعالج الجروح الحديثة غير المتعفنة فقط بالتنضير وتخاط خياطة ابتدائية مقصودة او ابتدائية متأخرة ٠

وتعالج الجروح العفنة بالتطهير الكيماوي اي بمحلول دكان ثم تخاط خياطة ثانوية ٠

وتستعمل في كلتا الحالتين المصول المضادة للكزاز والغنغرينا بلا استثناء ٠



الاوزون (١) والهيزون

Ozone (o3) et Hysone(H3,)

للصيدلي عبد الوهاب القنواتي استاذ الكيمياء في المعهد الطبي العربي

كلما تقدم العلم الى الأمام بسعي الرجال العاملين الذين كرّسوا حياتهم لخدمته ظهر من اسرار الطبيعة التي اتقن الله صنعها ما يقتطف الانسان ثمراته اليانعة التي تعود عليه بالفوائد والخيرات الكثيرة . واكثر تلك الكشوف تكون على سبيل الصدفة كما هو معلوم اضرب لك مثلاً ايها القارئ الكريم قضية اكتشاف الأوزون واشرح لك ماجنته البشرية من الثمار من ذلك الغاز العظيم التأثير الكبير الفائدة في خدمتها .

هو انه على اثر ايجاد الآلات الكهربية شعر العلماء بانبعاث رائحة حادة تشابه رائحة الفصفور من الالة وهي في حالة العمل وكانت تزول تلك الرائحة بعد وقوف تلك الالة وسكونها وقد جرب فان ماروم(Van Marum)سنة ١٧٨٥ تجربة استحصل فيها الرائحة نفسها وذلك انه ملأ انبوباً طويلا من البلور بغاز مولد الحموضة وامرّ فيه شرارات كهربية متوالية فرأى ان ذلك الغاز يؤثر في سطح الزئبق بشدة وسرعة ويبعث الرائحة الفصفورية الحادة نفسها ولكن بعد ان نسيت مشاهدات فان ماروم هذه زمناً طويلا فبينما كان شومباين(Schœmbein) سنة ١٨٤٠ يحلل الماء بالكهرباء وجد ان في مولد الحموضة الذي حصل عليه رائحة الهواء المكهرب وقد اكتشف له خاصة جديدة وهي تأثيره في يودور البوتاسيوم

(١) وقد اسماه الاستاذ حمدي بك الخياط «الفوّاح»

وجعل يوده حراً وقد سمى هذا الغاز الناتج الذي لم يزل يجهل تركيبه الحقيقي اوزوناً (ozone) من اليونانية ومعناها (اشمّ رائحة) وقد كان يظن انه مؤلف من اتحاد مولد الحموضة بمولد الماء بنسبة غير نسبة اتحادهما في تكوين الماء كما انه كان يظن ان الهواء المكهرب الذي استحصله فان ماروم المار الذكر مؤلف من اتحاد مولد الحموضة بالازوت بغير النسب المعروفة في مركبات هـذين العنصرين الكثيرة العدد ·

وقد ادى الامر الى اعتقــاد بعض العلماء مع شومباين نفسه بان الأوزون الذي استحضروه حتى من مولد الحموضة الصافي لم يكن غير مركب لمولد الحموضة مع الاجسام المازجة له والتي تكسبه عدم نقاوة والسبب في هذا الاعتقاد هــو حصول كمية زهيدة من الأوزون وبقاء قسم كبير من مولد الحموضة بحالته الصافية وعدم تحوله الى اوزون ولأنهم لم يكونوا يعرفون حينئذ في ذلك العصر قواعــد التفاعلات المحدودة بتفاعل منعكس اذ ان الأوزون يتحلل بسرعة ويعود الى اصله بعد تكوّنه ·

ثم دقق في هذه القضية كل من مارينياك (Marignac) ودولاريف (de la Rive) واستحصلا كمية مهمة من الأوزون من مولد الحموضة الجــاف والخالص ولما لم يتمكنا من تحويله بكامله الى اوزون عاودهما الظن بعدم نقاوة مــولد الحموضة نفسه الذي استحصلاه باعتناء زائد وبنقاوة ممكنة · وقد انتقد عملهما هذا بعض معاصريهم فأجابا على ذلك اننا استحصلنا اوزوناً اكثر من غيرنا من مولد الحموضة الجاف والنقي بقدر الامكان على انه انقى بكثير من مــولد الحموضة الذي كان يستحصل عادة بأقل عناية ·

ولكن العالمين فرامي(Framy)وبيكريل(Becquerel)حولا حجماً معيناً من مولد الحموضة تحويلا كاملا الى اوزون وذلك باستنشاقه حالما يتكون من قبل الزئبق . وحينئذ اجابا عن الانتقادات الموجهة الى غيرهما بقولهما لو كان الاوزون حاصلا من اتحاد مولد الحموضة بمواد ممازجة له تعيده غير نقي لاقتضى ان يتركها حينما يتحد بالزئبق ولوجب ان تكون تلك المواد حرة ولأمكنها ان تعود فتؤلف كمية جديدة من الأوزون .

ولكن اذا لم نستطع الاجابة عن نقاوة مستحضرنا مولد الحموضة بصورة مطلقة فاننا نؤكد أن عدم النقاوة ايًا كان مقدارها لا تساوي كمية الأوزون الناتجة التي تكبرها بكثير من المرات .

وما زالا يعملان في تكوين وتحليل حتى توصلا الى الحقيقة الناصعة وهي ان الأوزون ليس الا مركبًا من مولد الحموضة الخالص المتحد بنفسه بغير النسبة الموجودة في الهواء وفي مولد الحموضة الخالص الاعتيادي وان ذرة الاوزون الناتجة هي ثلاثة جواهر مولد الحموضة وذرة مولد الحموضة الاعتيادي هي جوهران فقط وقد اعطيا الأوزون رمز (O_3) والاكسجين الاعتيادي (O_2) وقالا ان الاوزون هو شكل من اشكال مولد الحموضة الكثير التصور .

تكوّن الأوزون وحصوله : يتكون الأوزون في الهواء بسبب الاحتراقات الدائمة التي تحصل على سطح الارض وبسبب التصعدات الكهربية الدائمة الحصول في الهواء بالنظر الى تموجه وتلاطمه الدائمين كما انه يحصل من التأكسدات البطيئة كتأكسد الفصفور بملامسة الهواء فرائحة الفصفور الخاصة التي نشعر بها حينما نقرب قطعة فصفور ليست رائحة الفصفور ذاته لان

الفصفور لا رائحة له بل هي رائحة الاوزون الذي ينتج من ذلك التأكسد البطيء ·

ويتكوّن من الاشعة ما فوق البنفسجي وبملامسة المواد المشعة كالراديوم وبالشرارات الكهربية التي تحصل في اثناء سير الحافلات ويكثر حصول الأوزون في اطراف شجر الصنوبر ·

اما اسباب تكوّنه فهي تأثير التصعدات او الشرارات الكهربية او الحرارة الناتجة من التأكسد او من اي سبب آخر في ذرة مولد الحموضة الواحدة وفصل جوهريها احدهما عن الآخر وانضمام الجوهر المنشق عن ذرته بعد مصة لتلك القدرة التي سببت انفصاله وبلعها · فتكوّنه اذاً فعل كيماوي خافي الحرارة ومثل هذه المركبات تكون سريعة التحلل وحينما تتحلل تعيد القوى المستعارة التي كانت ادخرتها في جواهرها ولذلك نجد في مثل هذه المركبات من الصفات والخواص ما لا نجده فيها وهي على غير حالها هذا مثال ذلك لا يستطيع مولد الحموضة الهوائي المؤلفة ذرته من جوهرين التأثير في الزئبق على ان الأوزون يؤثر فيه بكل سهولة ويكوّن اكسيد الزئبق مستعيناً بالقوة المدخرة المستعارة التي تقدر بـ (٣٠٦٧) «كالوري» كبيرة لكل ذرة من ذرات الأوزون ·

يتحلل الأوزون بكل سهولة بملامسة المواد العضوية ويتحول الى مولد الحموضة الاعتيادي ناشراً تلك الحرارة لذلك يخربها تخريباً عظيماً ويبيد جميع الجراثيم الهوائية التي لولا الأوزون المتكون في الهواء والمتحلل بعد تكوّنه وتخريبه لها لما ابقى عامل السل ولا غيره من الجراثيم المؤذية انساناً ولا حيواناً وهكذا فنحن نيام وعين الله تحرسنا ، نحن لاهون والخالق يحفظنا من كل ضير وأذى بما اعده لنا في هذا الكون من التدابير التي يدركها العلماء بواسطة العلم فيتوصلون به الى حقيقتها وما العلم الا قبس من نور الله ···

ماذا جنى العلم والعلماء من الثمرات بعد استحصال الاوزون ؟ :

الأوزون مطهر قاصر وموء كسد عظيم ودواء قيم ٠: يستعمل اليوم لتطهير الهواء وإصلاحه في الأماكن الكثيرة الازدحام بالناس وهو يزيل الروائح الكريهة النتنة ويقتل الجراثيم ، ويستعمل في تطهير غرف المرضى وحوائجهم ولا سيما في تطهير مياه الشرب لأنه ينقيها ويقتل جراثيمها آنياً ولو كثرت وتنوعت ويعدّل سمومها ويوجد لهذه الغاية في فرنسة شركتان كبيرتان تدعى الاولى شركة (Oto et Marmier Abraham) والثانية (Savador) ويكفي لكل لتر ماء ملوّث ٠٫٠٠٠٠٦ غراماً من الأوزون لقتل جميع جراثيمه آنيا اياكانت انواعها ففي ليل كل يوم ينقى في باريز ٢٠٠٫٠٠٠ متر مكعب من الماء بواسطة الشركة الاولى ٠

ومن حسناته انه لا يبقي اثراً ولا يخلف طعما ولا رائحة

كان يرد قبل الحرب العالمية ماء فيشي او غيره من المياه المعدنية فنجده فاسداً في قواريره ينشر رائحة كريهة منتنة والسبب في ذلك تكاثر الجراثيم فيه وافسادها لبعض مواده : وقد قيض لي ان زرت سنة ١٩٢٥ بلدة فيشي ومعاملها فوجدتهم هناك يغسلون القوارير بالماء الأوزوني اي المشبع بالاوزون ومنذ ذلك الحين لم تعد مياه فيشي تفسد في قواريرها لانها اصبحت بفضل الأوزون معقمة يمكن حفظها طويلا من غير ان يطرأ عليها ادنى فساد ٠

اما كونه قاصراً اي مزيلا للالوان فيستفاد منه في قصر العاج والحرير وريش الطيور وجميع النسج على اختلاف انواعها وازالة لون الشمع العسلي ٠

ويستعمل كموء كسد في تخليل النبيذ فيحول النبيذ بسرعة عظيمة الى خل

موء كسداً الكحول فيه ومحولا اياها الى حمض الخل · و ينقي بعض المشروبات الفاسدة الرائحة فيصلحها ·

ومن خصائصه ان القهوة والتبغ في ملامسة غاز الأوزون يكتسبان رائحة طيبة وطعما لذيداً وهكذا يمكن حفظ اللحوم واللبن والمشروبات والمأكولات من الفساد في الهواء الأوزوني ·

ويستفاد منه كدواء ناجع في الغشي الطارىء اثناء التخدير بالكلوروفورم أو الأثير في اثناء العمليات الجراحية وفي التسمم بغاز اكسيد الفحم وغاز حمض كبريت ماء فينقذ حياة المسمومين و يعيد اليهم الحياة· وهو دواء قيم في امراض الصدر عموما ولا سيما السل الرئوي وما فائدة احراج الصنوبر للمسلولين الا لانهم يستنشقون الأوزون المنبعث بكثرة منها والممتزج بالهواء فيصل الى اعماق رئاتهم ويقتل عصيات كوخ فيها و يعدل سمومها ولا يستطيع اي علاج آخر ان يعمل عمله ولا ان يصل الى الامكنة التي يصل اليها

هذا ما جناه العلم والعالم من اكتشاف الأوزون ولا ندري ما سيأتي به المستقبل ·

وارى من المناسب ان اذكر الى جانب الأوزون الهيزون الذي توصل اليه العلم اخيراً مقتطعاً ذلك من مقالة في مجلة الكيمياء والصيدلة الفرنسية بقلم العالم لبوك (M. J. Leboucq) للمقابلة بين الجسمين فأقول :

من المعروف حتى الآن ان ذرةمولد الماء مؤلفة من جوهرين فردين وكل جوهر منهما مكوّن من بروتون يحمل الكهرباء الموجبة ومن الكترون يحمل الكهرباء السالبة · ولكن عرف اخيراً انه من الممكن الحصول في بعض

الاحوال على مولد الماء بشكل جوهر واحد وفي بعض الاحوال الاخرى الحصول على مولد الماء بشكل ثلاثة جواهر في كل ذرة وهما يتصفان بخواص مهمة جداً جديرة بالمطالعة :

يظهر من تحريات طومسون (Thomson) التي تؤيد تحريات دمبستر (Dempster) ودوان (Duane) وواند (Wendt) من جهة وواند ولاندوفر من جهة ثانية ان الاعتقاد بمولد الماء الثلاثي الجوهر(H3) المشابه للاوزون (O3) اصبح جائزاً وقد درس هذه القضية علماء اخرون كنيومان(Newmann) وفانكاتاراميـاه (Venkataramaiah) وغروب (Grupp) وبانيث (Paneth) وآنديريغ (Anderegg) وهير (Herr) الخ. واستحضروا مولد الماء من هذا النوع سواء باستعمال اوزونيزور بحرارة واطئة او باحراق مولد الحموضة في مولد الماء او برجم مولد الماء نفسه بجسيمات (A) من اشعة الراديوم او بتأثير قوس كهربية حاصلة بين قطبين من الفضة في وسط من مولد الماء . فمولد الماء المستحضر بالصور السالفة والذي سمي بالهيزون يتصف بفعل عجيب لانه يتحد بالدرجة الاعتيادية من الحرارة بالكبريت مباشرة ويؤلف معه حمض كبريتماء(SH2)ذاك الاتحاد الذي لا يمكن حصوله مطلقاً من مولد الماء الاعتيادي وقد كان له في المخابر شأن كبير من جراء خواصه هذه الجديدة وسهل كثيراً من العمليات الكيمياوية التي تتطلب مولد الماء الفعال بهذه الصورة .

ولكن جاء بحث جديد للعالمين سمول ود (Small Wood) واوري (Urey) ابانا فيه قلة احتمال تكوّن مولد الماء الثلاثي الذرة واستحضاره بصورة اكيدة

وقد توصلا بعد ان اعادا تجارب عديدة الى الحكم بان استحضار مولد الماء بهذا الشكل لم يكن مستطاعاً في الوقت الحاضر على ان هذه القضية لم تزل على بساط البحث يحف بها الغموض ·

مولد الماء الوحيد الجوهر يعود اكتشاف مولد الماء الوحيد الجوهر الى العالم الاميركي ايرفينغ لانغموير (Irving Langmuir)وذلك بعد تحريات دقيقة جداً بدأ بها سنة ١٩٠٩ في ذلك التاريخ كان يلاحظ لانغموير ان اسلاك التونفوستين في انابيب كولديج (Cooldige)التي تتغذى بالجريان المتقطع تصبح هشة (سريعة الانسحاق) وقد افتكر بادىء ذي بدء ان السبب في ذلك يعود الى اثر غازي في تلك الانابيب فاخلاها ولاحظ ان تلك الاسلاك كانت تنشر غازات لا تكاد تعرف · وقد ثابر على تحرياته هذه في السنين التالية ثم عنّ له ادخال غازات مختلفة في تلك الانابيب فشاهد ان مولد الحموضة يوءلف مع التونفوستين بلاماء التونفوستين وان الأزوت يوءلف آزوتور التونفوستين الطيار واما مولد الماء فيأخذ صفات مغايرة لشخصيته كل المغايرة لان قسماً منه كان يمتصه المعدن وكان يحوز على نشاط كيماوي عظيم قبل برودة اسلاك التونفوستين برودة كاملة و بعدها فقد كان يتحد مباشرة بمولد الحموضة ويوءلف الماء في الدرجة الاعتيادية من الحرارة · ولايضاح هذه العلامات كان يجب عليه ان يقبل بحدوث تغيرات جوهرية في مولد الماء تحت تأثير الحرارة العالية وقد كان حينئذ يتخيل احد امرين اما حصول مولد الماء الثلاثي الجوهر او مولد الماء الوحيد الجوهر ·

اختار لانغموير الشق الثاني من تخيله معتمداً على المشاهدات الآتية

التي تؤيد فكرة تكوّن مولد الماء الجوهري اي الوحيد الجـوهر ٠

ان ضياع حرارة الاسلاك في جو هيدروجيني كان سبباً في ذلك الاعتقاد وهو يتطلب والحـالة هذه ان يكون عدد الجواهر الموجودة في تلك المنطقـة اكثر في الضغط الخفيف منه في الضغط الجوي الاعتيادي ، فهذه العـلامات توافق تحلل مولد الماء الذري الى مولد الماء الجوهري وفقاً لقـانون تأثير الكتل القائل :

ان درجة تحلل غاز ما الى جوهره يجب ان تكون في الضغط الضعيف اعظم منها في الضغط المرتفع واما الأمر فهو على العكس باتحاد الجواهر وانقلابها الى ذرات وهذا امر حقيقي ٠

واخيراً بسبب اسوداد انابيب كولدنج اجرى لانغموير تحريات جديرة بالذكر ٠

وهي ان الانابيب المملوءة بغاز مولد الحموضة او الأزوت او مولد الماء اوغيرها من الغازات لا تسود وعلى العكس ان الانابيب تسوّد بوجود بخار الماء والسبب في ذلك كما بينه :

ان الماء يتحلل الى عنـاصره بملامسة اسلاك التونفوستين المتشهبة فأكسجين الماء يتحـد بالتونفوستين ويوءلف معه اكسيداً طيـاراً يرجـعه مولد المـاء الجـوهري ، فيشاهـد حينئذ راسب اسود من ذرات معدن التونفوستين الحر على جدران الانابيب واما مولد الماء الذري فلا يستطيع ارجاع هذا الأكسيد :

تطبيقات مولد الماء الجوهري واستعمالاته : اللحم بلهب مولد الماء الجوهري لم تلبث قضية انفلاق ذرة مولد الماء الثنائي الجوهر الى مولد الماء الوحيد الجوهر حتى وجدت حظها من الاستعمالات والتطبيقات العملية وذلك بايجاد حملاج مولد الماء الجوهري ولا سيما في لحم اجزاء المعادن بعضها بيعض وواضع هذه القواعد هو العالم لانغموير ايضاً ٠

قاعدة : ان تحلل مولد الماء الذري الى جواهر فردة يمتص قـدرة عظيمة جداً وفي اثناء ازدياد هذه الجواهر المنفـك بعضها عن بعض لتكوين الذرات تنتشر تلك القدرة الممتصة بشكل حرارة فتبعث حرارة عظيمة جداً ٠

لقد اوجد حملاج مولد الماء الجوهري باشكال مختلفة وقد صنع منه في الوقت الحاضر نماذج عديدة اساسها واحد وهو ايصال مولد الماء تحت ضغط ضعيف بان ينفتـح في منتصف القوس الكهربية الحـاصلة بين قطبين من معدن التونغوستين مائلين متجه احـدهما الى الاخر على شكل زاوية حادة فينحبس مولد الماء بينهما ٠ فتنشق ذرته بقوة القوس وينفرد كل جـوهر من جواهرها بعد ان يكتسب من القوس قوته العظيمة ٠ ويوجد ايضا حملاج بثلاثة اقطاب ، مستعد للتغذي من جريان مثلث (triphasé) ٠

ويمكن تشغيل الحملاج بالجريان الدائم بقوة (٢٥٠) فولطاً ولكن الأحسن تشغيله بالجريان المتقطع ٠

يجب ان تكون تجهيزات اللحم منعزلة عن الارض لصيانة العمال من الخطر ويجب بصورة عامة ان تكون قوة الجريان المستعمل مناسبة لثخن المعدن المراد لحمه ٠

تطبيقاته : يمكن بواسطة الحرارة العظيمة التي تحصل من حملاج مولد الماء الوحيد الجوهر لحم قضيبين من الحديد بثخن مختلف ويمكن ايضاً صهر (اذابة) معدن المولبيدن الذي ينصهر بالدرجة (٢٦٢٧°) ومعدن التونفوستين الذي ينصهر بالدرجة (٣٣٨٧°) بتقريبهما من القوس ·

حملاج مولد الماء الجوهري يلحم قطع الحديد من غير ان يسودها ويلحم خلائط الكروم والالومينيوم والسيليسيوم والتونفوستين من غير ان يوء كسدها لان لهب مولد الماء مُرجع عظيم ·

فاذا قابلنا قوة الحرارة في مصباح بونزن بلهب حملاج مولد الماء الجوهري انجد ان الحملاج المذكور يفوقه بست وعشرين مرة ولذلك تنصهر المواد الصعبة لأ نصهار كالكلس (cao) والمانيزا (Mgo) واكسيد الطوريوم الخ · وبعضها يتبخر ايضاً ·

والخلاصة : ان اكتشاف مولد المـاء الثلاثي الجوهر الذي يخدم المخابر خدمات جليلة لم يتحقق امره بعد بصورة اكيدة على الرغم من التجارب العديدة التي نشرت بهذا الخصوص · واما استحضار مولد المـاء الوحيد الجوهر الذي دخل في حوزة العمل واكتشاف لانغموير فيعود على الصناعة بخدمات جليلة لايجاده حرارة عظيمة جـداً تستخدم في لحم المعـادن التي لا يمكن لحمهما بحملاج الأكسجين او بحملاج الأستيلين لعدم كفاية حرارتهما لصهرها ·

ويجب ان نذكر ان حملاج مولد الماء الوحيد الجوهر يختلف اختلافاً كلياً عن الحاليج الأخرى لأن الحرارة فيه لا تحصل من نتيجـة احتراق كما

هو الحال في غيره بل تحصل من نتيجة اتحاد الجواهر المختلفة وتكوينها للذرات

وفي الختام لنذكر ما يجب علينا نحو لانغموير ، تقديراً لعمله وتخليداً لاسمه لنذكر درسه النظري العظيم الاهميــة في بنية الجوهر الفرد ، وايجاده المصابيح ذات الجو الازوتي التي تفوق بمتانتها وقوة نفوذها وفعلها مصابيح الخلاء والمصابيح المستعملة في التنظر (راديوسكوبي) والتلغراف الاسلكي ٠

فبارك الله بالعلم والعلماء العاملين والهمنا تتبع خطاهم بما يفيدنا في تقدم بلادنا وانجاحها والله من وراء القصد ٠



الاراء الجديدة عن ترتيب السطح التنفسي

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب

تناقش النسجيون والخلقيون حديثاً في امر السطح التنفسي وحقيقة تركيبه وطبيعة سترة السنوخ الرئوية في الانسان والحيوانات اللبونة وقد قامت في وجه الاراء الدرسية الحاضرة صعوبات يعسر معهـا تحليل بعض المسائل المرضية والخلقية والنسيجية ·

لنبحث اولاً في الرأي المدرسي القائل بان سنوخ الرئة مغطاة بمدرعة (ابتاليوم) متواصلة وتشبه الرئة جرياً على هذه النظرية غـدة عنقودية يتم نموها ببراعم متشعبة · وما السنوخ الا عنبات الغدة الرئوية يملأ الهواء لمعتها وتمثل مـدرعة السنوخ المدرعة المفرزة ويدعي القائلون بالرأي المذكور ان الابتاليوم في سترة السنوخ موءلف من عناصر خاصة تبدلت صفاتها البشرية بتأثير التطابق الوظيفي· ويستر السطح الرئوي صفائح هيولية كبيرة نحيفة جداً موءلفة من خلايا ابتليالية شديدة التسطح وخلايا منواة تضيع بعض هذه الخلايا كما تضيع الكريات الحمراء وخـلايا الجسم البلوري نواها بعامل التطابق الوظيفي ايضاً فتكون الصفائح فاقدة النوى وشكل هـذه الخلايا المنواة الصغيرة مضلع او مكعبي نواها شديدة الوضوح تتبدل بعد حين الى صفائح لا نوى فيها ·

وتستقر الخلايا المنواة والصفائح الفاقدة النوى على صقـل السنخ الضام العرقي · ويبقى هذا الصقل مفصولاً عن الهواء الخارجي بطبقة ابتليالية دقيقة جداً · (وهي طبقة الصفائح) وتتم المبادلات الغـازية بين الدم والهواء من خلال غشائين : غشاء العروق الاندوتليالي وطبقة الخلايا التنفسية · ولا يلامس

السنخ نسيجه الضام او اعضاء العروق الدموية مطلقاً بل يبقى بينها فاصل ابدي وهو الغشاء الابتليالي وتستند هذه النظرية الى الصور المستحصلة بالتضريج بازوتاة الفضة وحماتها هم ابرت (Eberth) والانز (Elenz) (١٨٦٤) وشميد (Schmidt) (١٨٦٦) وكان فيلمن ، Villmin) يقول قبلاً ان السترة الابتليالية تنتهي بعد القصيبات (branchioles) وان الهواء في النسيج الرئوي يلامس نسيج الصقل الضام وغصن العروق الشعرية ملامسة مقصودة ٠

وقد اخذ بعض المؤلفين اليوم يعود الى قبول اراء فيلمن القديمة ٠

لنعد الى الصفائح الفاقدة النوى يقول عنها حماة النظرية المدرسية انها ناجمة من تحول الخلايا المنواة الصغيرة ٠ ولو دققنا في الامر لوجدنا ان في هذه الاراء شططاً وانه لا يجوز تشبيه الكريات الحمراء بالصفائح الفاقدة النوى لان الاشكال المتوسطة بين الكريات الحمراء المنواة المضغية والكريات الحمراء الكهلة كثيرة في حين ان مثل هذه الاشكال لم تشاهد بين الخلايا الرئوية المنواة والصفائح الفاقدة النوى ٠

تبدو الخلايا المنواة منتشرة في سطح السنخ وليست متواصلة اما الصفائح الفاقدة النوى فهي خيال ولا اثر حقيقي لها ويلامس صقل الرئة الضام الهواء ملامسة مقصودة ٠ وكانت الفكرة السائدة ان النسيج الضام لا يعيش بملامسة الهواء ولا بد من وجود طبقة بشرية بينهما وقد ثبت اليوم ان هذا خطأ لأن مستنبتات النسيج الضام تنمو بملامسة الهواء وتنمو البراعم اللحمية في الجروح المعرضة للهواء مدة طويلة ويستنتج من ابحاث ج ٠ سيمان (G . Seeman) المجراة في مخبر آشوف (Aschoff) ان النسيج الضام يتكثف في الرئة بملامسة

الهواء فيكون قشيرة (cuticule) مقاومة ٠ وليست هذه الفكرة مهمة من الوجهة النسيجية فحسب بل من الوجهتين الخلقية والمرضية ايضاً فتعرف بذلك كيفية وقوع المبادلات الغازية وسهولة حصولها اذ ليس على الغازات الا ان تجتاز عضد العروق الآندوتليالي وقشيرة ضامة وكلاهما دقيق جداً ٠

وتساعد هذه الفكرة الضامة على تعليل السرعة التي يتم بها تعضي انسكابات المصورة والدم في السنخ ولو كان هنالك طبقة بشرية لما تم ذلك بهذه السرعة الغريبة ٠

ويجدر بنا ان نعد الرئة في الانسان والحيوانات اللبونة مكونة من نسيج ضام وعائي وان تفاعلها المرضي يشبه تفاعل الطحال المرضي اكثر من عضو بشري ٠

طبيعة خلايا السنوخ المنواة الصغيرة : لقد اتفقت اراء المؤلفين على عد الصفائح الفاقدة النوى مصطنعة ووهمية وليست الاراء مجمعة على طبيعة الخلايا الصغيرة وعما اذا كانت ابتليالية ام ضامة ٠

يعتقد سيمن ان هذه الخلايا اخوات خلايا القصيبات البشرية ولكنها لا تكوّن في السنخ سترة متواصلة بل تبدو مبعثره ٠ ويقول الآخرون انها ضامة من زمرة البلعمات الكبيرة او خلايا اشوف النسيجية او كثيرات التصوير (polyblastes) لماكسيموف ٠ وقد ظن بعض المؤلفين ان الخلايا الصغيرة ليست الا خلايا اندوتليالية هاجرة من العروق الشعرية الرئوية على ان هذا الرأي مردود لان خلايا الرئة الاندوتليالية ليست مضغية كخلايا الكبد الاندوتليالية وليس لها طاقة على البلعمة بخلاف الخلايا الصغيرة فان قوتها البالعة شديدة وهي التي تكوّن الخلايا ذات الغبار ٠ ويبدو فيها كما يرى في الخلايا الضامة ابر دقيقة من

الحوامض الشحمية ومكتنفات حديدية وشحمية بشكل قطيرات صغيرة وتشبه بذلك الخلايا الضامة الواقعة في وسط الحجب ما بين السنوخ · وتبتعد بعكس ذلك كثيراً عن صفات الخلايا الابتليالية · وفي كل حال يصعب الحكم في ذلك حكماً لا يقبل النقد · فان الأدلة التي ابانها المؤلفون توضح التباين بين صفات الخلايا البشرية والخلايا المنواة التي نحن بصددها ولكنها ليست كافية في الوقت نفسه للجزم بان طبقة هذه الخلايا ضامة · وان الجزم لا يخلو من نقد ولا تقوم عليه ادلة مقنعة على ان بوليكار (Policard)وهو من كبار البحاثين النسجيين الخلقيين يصرح بقبول الفكرة الضامة ورأيه حجة·

الاستنتاجات : ليست السنوخ مغطاة بمدرعة متواصلة ويلامس الهواء النسيج الضام قصداً · اما الخلايا الصغيرة فمشكوك في امرها وقد قامت ادلة قوية ترجح انها ضامة لا بشرية ·



الهواء النقي مباح لجميع الناس بلا ثمن

للدكتور البرت هويارد

ترجمة الدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلن نيو يورك)

قال احد مشاهير الاطباء في مينيزوتا (Minesotta) : ان عدد النساء اللواتي يذهبن الى المستشفيات للاستشفاء بالنسبة الى الرجال هو كنسبة ثلاثة الى واحد . وهذا الفرق ينشأ بالاخص من ان النسوة يصرفن معظم اوقاتهن في البيوت حيث يشتنشقن هواءً حاملاً غباراً ومشحوناً حامضاً كربونياً ، ذلك مما يوءدي الى اضعاف حالتهن الحيوية . ومعلوم ان الحياة كلها هي عبارة عن جهاد وكفاح بين قوى الحياة وقوى التحليل والدثور .

على انه لحسن الحظ توجد ملايين من الاحيــاء في كل جسم بشري ، لا عمل لها سوى المكافحة والدفاع لاجل ديمومة الصحة . فلما تكون جيوش الصحة هذه في حالة حسنة، نكون نحن على احسن حال ، ولكن اذا كانت الجراثيم الموءذية اي جراثيم العلل اكثر عدداً من أحياء الصحة رجحت كفة الميزان مع تلك فيحل اذ ذاك بنا الضعف وننوء بالمرض ، ولا تعتم المنية ان تنشب فينا مخالبها !

فالمهم اذاً هو ان نستمر في حــالة الاستعداد للدفاع دائما ، اي ان تكون قوى الدفاع فينا في حالة حسنة ومرضية . قال الدكتور ويرميتشل وهو من اشهر نطس الاطباء في العالم : ان ما ندعــوه امراضاً ليس الا اعراضاً

لاحوال وظروف مختلفة ، اذ اننا اذا تركنا حالة الانسان الحيوية تنحط وتأخر الى درجة ما نكون قد جعلناه على اتم استعداد لقبول اشكال الوهن التي نطلق عليها اسم ادواء وعلل وامراض ووعكات .

. . .

فالمرض اذاً ليس الا عبارة عن اجتهاد او بالحري جهاد تثيره الجراثيم الويلة على الانسان لتجره الى ما يقابل حالة الافلاس في الاشغال ، ثم تقيم هي نفسها مقام المستلم او الوكيل المتصرف وتتصرف كيفما شاءت وشاء هواها رادّة كل طلب لا يوافق مصلحتها ومرافقها .

ومن البديهي ان الانسان حيوان يستنشق هواءً ، وهو يبدأ بالتنفس حالما يولد ، واذا كفّ عنه التنفس مدة اربع دقائق مات حالاً فطارت روحه الى خالقها وعاد جسمه الى العناصر التي قد تركب منها .

فسلامة البدن إذن تلبث على اتمها طالما يتسنى للدم ان يتأكسد بواسطة التنفس ، ومعلوم ان الهواء المخرج من رئاتنا يكون محملاً حامضاً كربونياً ، وهو غاز يحوي سماً زعاقاً .

كل الاشياء في العالم تقع تحت ثلاثة اشكال : غازية ، وسائلة ، وصلبة . وكل جسم منها ينتقل من حال الى اخرى .

خذ مثلاً لذلك نفاثة الصدر اي مادة البصاق ، فانها تكون اولاً سائلة ، واذ تجف في الهواء تنقلب صلبة ، ثم تسحق ناعمة تحت أقدامَ الناس وتنتشر غباراً دقيقاً اي بحالة تكاد تكون غازية .

. . .

فالهواء الخارجي اذ يكون في حال حركة مستمرة يكاد يكون دائماً في حالة نقية . وهناك حيثما تهب الرياح ، وتجري المياه نقية يمكنك ايها القارىء العزيز ان تجد صحة . فالحركة والنشاط هما سر الحياة العظيم . كل شيء تراه بحركة ، فالحركة اذاً ابدية ولا شيء يستمر على حالة واحدة بل يتغير .

فالهواء داخل الغرف يكون تقريباً بحالة سكون وجمود ، اذ ان الجدران تمسكه راكداً ، ونحن نتنفسه ثم نعود الى تنفسه ثانياً وثالثاً ، وهذا ما حدا « بسيتون تومسن » الى القول : ان نصف امراضنا في رؤوسنا ونصفها الثاني في بيوتنا .

ففي الشتاء نضاعف درف نوافذ بيوتنا وابوابها لنجعلها في غاية المتانة لمقاومة الرياح والعواصف . وهاته الحيطة ينشأ منها بقاء الهواء النقي خارجاً ، والهواء الفاسد داخلاً .

فحالتنا الان لم تتغير كثيراً عما كانت عليه العادة قديماً في المزارع حيث كانت تقام سدود وحواجز وركام من السماد حوالي البيوت ، وتسمر وتسد باحكام كل الشقوق في الابواب ، وتدخل قصاصات قماش في كل ثقب وصدع من قالب النافذة ، وتمكن جيداً الى ان يأتي الربيع .

وهذا ما يجعل افراد الاسرة الا تستغني عن الطبيب .

فالنكاف (ابو كعيب) ، والحصبة ، والشرق (السعال الديكي) والحمى التيفية والمتقطعة ، وانواع الزكام ، وذات الرئة ، والعصاب الوركي ، والحدار والرمد الحبيبي ، والرشح وامثال هذه تعقب تحفظات مثل التي ذكرنا .

. . .

وبديهي ان المرء لا يستطيع الاقدام على عمل ما مهم وهو مصاب برشح في رأسه ، ويعجز عن حل مسألة ما او توليد فكرة وقد اعتراه الربو . فالنوامي في الحفرتين الانفيتين ، وضخامة لوزتي الحلق (بنات الاذن) ، واختلال السمع والحسر كلها تنشأ غالباً من اهمال الشرائط الصحية التي تضعف البدن فتنشب فيه جراثيم العلل براثنها . فالتهاب الزائدة الدودية يعقب اختلال الدورة ، وعدم انتظام الاطراح معما يعقبه من الضغط ، ثم يتلو ذلك الاحتقان ثم الالتهاب مما يستدعي اخيراً سكين الجراح قصد انقاذ الحياة .

اذن فالهواء هو الحياة ، فاننا نستطيع المكث بلا تجرع ماء ستة ايام ، ويمكننا ان نلبث على الطوى اربعين يوماً . بيد اننا لا نقدر ان نبقى بدون تنفس اربع دقائق .

وعليه فلكي نكون اقوياء واصحاء المزاج، ومسرورين في عيشنا، ونشاطاً في اعمالنا ، يتحتم علينا الا نحيد قيد شعرة عن القواعد الصحية في عاداتنا فانما الاشخاص الاصحاء هم وحدهم حسان المنظر ، وتستحب معاشرتهم ، ويرغب في قربهم .

. . .

اننا نأكل قسطاً من الاقذار ، ثم نعود فنأكل قسطاً آخر ، ولربما لاحرج علينا في ذلك ، بيد اننا لا نستطيع ان نتنفس قسطاً من الاوساخ بدون ان تختل وظيفة خلايا رئاتنا . ثم يعقب ذلك حالة يكون فيها الدم عرضة لاختلال التأكسد . وحينذاك تثب جراثيم التدرن وثبتها المشهورة ، وتبعث

بافرازاتها السامة تصمي براعيم الحياة · فيحصل في البدن "ما يدعى بالصدار او التدرن او السل ·

هذا ما كشفه لنا العلم الحديث من لزوم نقاء الهـواء للجسم البشري · ومغزى كل ما تقدم هو هذا : جرب ان تستعمله ايها القارىء العزيز ·

(المعرّب) فما قول كاتب المقال لو كان علماً بإهمال الاكثرين في بلادنا الشرقية لطرق تجديد الهواء ومنفعته للجسم البشري؟ اتذكر انني كنت انصح لوالدة ان تجدد هواء الغرف لأجل صحتها وصحة طفلها المولود جديداً ، ولكنها لم تكن لتصغي ابداً الى كلامي ، وبعد بضعة اشهر اعترى طفلها الخرع (rachitisme) مما استدعى استئصال طحاله ، واخيراً انتهت حادثته بان قضى باختلاط رئوي ، وعند فتح الرمة وجدت عصيات التدرن في صدره · اما الام فكانت دائماً شاحبة اللون فقيرة الدم ، عرضة لنوب عصبية ، واعراض معدية ادت الى حصول قرحـة الاثني عشري فيها ، ولا تزال الى الان تحتمل الآلام ، كل ذلك في اعتقادنا نشأ من اهمالها النظم الصحية واهمها الرياضة البدنية في الهواء الطلق ·

خلاصة موءتمر بوردو

الصداعـات

« ٥ »

للدكتور انستاس شاهين
رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات الناشئة من اسباب انفية مبهمة

لقد ذكرنا في بحثنا السابق مجمل امراض الانف والجيوب التي من شأنها ان تكون سبباً للصداعات ولم يبق علينا لاتمام بحث الصداعات الناشئة من اسباب انفية الا بعض الالام التي وان تكن انفية المنشإ يصعب كثيراً على الطبيب تفسير طريقة حصولها وكيفية انتشارها فيخطىء غالباً في طريقة مداواتها لان بعض اعراضها الظاهرة تبعده كثيراً عن قصده فهي اذاً صداعات ناشئة من اسباب انفية ولكنها اسباب مبهمة ٠

فالمرضى المصابون بهذه الصداعات قبل ان يستشيروا الطبيب الاختصاصي يأتون عدة اطباء ويستعملون معظم ما في مفردات الطب من الادوية المخدرة والمسكنة للالام العصبية ويكون الشك في مقدرة الطب على شفائهم قد بدأ يتسرب في نفوسهم

فلا يجد الطبيب الفاحص فيهم اقل آفة في الجيوب الوجهية الامامية او الخلفية ولا اي اختلال في تركيب الانف ٠ وعلى الرغم من انحصار الالم في ناحية الجيب

الفكي او الغربالي او الجبهي وانسكاب مفرزات مخاطية او مخاطية قيحية من المنخر الموافق لناحية الالم قلت على الرغم من هذه الاعراض الظاهرة والمشيرة الى آفة في الجيب نستقصي في غور الجيب بالوسائط المختلفة كالنور والبزل فلا يبدو لنا شيء بل يثبت ان ليس هناك افة في الجيب · ولولا المداواة لكان بامكان الطبيب المتخصص ايضاً ان يحذو حذو من سبقه من المعالجين و يلجأ الى المسكنات العامة ولكن حيرته امام هذا الألم المبهم تتبدد بسهولة عند وضعه في الانف علاجاً مخدراً يزول الالم على اثره ويشفى تمام الشفاء فهذا دليل قاطع على ان هذا الصداع ناشئ من الانف او من جيوبه ·

واغلب المرضى المصابين بهذا الصداع هم من النساء · والألم فيهن متواصل تتخلله نوب شديدة فيشتد الألم في ميعاد الطمث او في الايام التي تسبقه او تليه ومتى استلقت المريضة على ظهرها أو مكثت في غرفة حارة أو أتت أي حركة فجائية وسريعة · والانفعالات النفسية الشديدة تسبب ايضاً اشتداد آلالم وتكرر نوبه · واذا استجوبت المريضة بدقة لمعرفة تاريخ مرضها تذكر انها اصيبت في بدء هذا الصداع بزكام انفي حاد او التهاب في احد الجيوب و بنزلة وافدة شديدة · ثم عقبت داءها هذا الذي لم تهتم به مطلقاً هذه الآلام المستمرة التي اتت تستشير الطبيب بها ·

قد يشغل الالم احيانا جذر الانف حذاء الزاوية العلوية الأنسية للوقب (بقعة ايفينك Ewing) او البقعة المؤلمة الغربالية (locuc doloris) وليس سبب الالم هنا التهاب العظم كما في الالام الغربالية العادية بل هو ناتج من احتقان العظم او السمحاق · ولكن مقر الألم العادي هو الناحية الوقبية

وما يجاورها . فقد يكون محيطاً بالوقب او خلفياً كأنه مستقر خلف العين ويخيل ان العين منجذبة الى قعر الوقب وكل جهد في النظر القريب او البعيد يزيد الالم . وقد ترافق هذه الاعراض الشخصية اعراض ظاهرة كجحوظ العين او خوصها (énophtalmie) . وتزداد هذه الاعراض المرئية حين اشتداد الالم وتوءثر في من يحيط بالمريض ايضاً .

اما انتشار الألم في هذا الشكل من الصداع فيكون ابعد مما هو عليه في الاشكال الاخرى فيشعر المصاب كأن صدغيه منضغطان بملزم وتكون قمة رأسه شديدة الاحتساس حتى انه لا يكاد يتمكن من مس شعره و يتعذر عليه استعمال المشط او الفرشاة و يفضل البقاء مكشوف الرأس لانه لا يطيق ملامسة قبعته لشعره . وينتشر الألم الى النقرة فيكون متواصلاً ويزداد حين حركة الرأس وينتشر الالم ايضاً الى الاذن والخشاء فيشابه المريض المصاب بالتهاب الاذن والخشاء مع انه لا علة فيه . وقد يكون الانتشار اكثر بعداً فيصيب العنق والناحية بين الكتفين حتى انه يصل الى الظهر . وقد تكون الاسنان والحنك والبلعوم والحنجرة مقراً لحس خاص فيشعر المريض كأن اسنانه تزداد طولاً ويشعر ايضاً بحس احتراق في حنكه و بحاجة الى السعال في بلعومه وحنجرته .

و يسهل تفريق هذا الالم الجيبي عن عصاب المثلث التوائم الصرف لما له من الصفات الخاصة في جميع النواحي التي يستقر فيها . ففي الحفرتين الانفيتين يكون كحس احتراق موءلم وكذا في الحنك والرأس . اما في البلعوم والحنجرة فيكون كحس تخريش يدعو الى السعال ومتى شغل الخدين شعر المريض بخذل مزعج فيهما . وقد صادف تيراكول في عدة حوادث ارتفاع الحرارة

الموضعية في النواحي المصابة كارتفاعها في باطن الانف ·

وقد لا يشكو المريض عرضاً آخر سوى الالم فوظيفة الطبيب حينئذ ان يطرح على مريضه اسئلة دقيقة توصلاً الى معرفة ما اذا كان هناك عرض انفي آخر كعسر تنفس يعاود المريض من حين الى آخر اوبازدياد في افرازات الانف المخاطية مرافقة لاشتداد الالم · وعلى الرغم من دقة الاسئلة الموجهة الى المريض فقد لا يذكر اي اختلال في وظيفة الانف فعند ذلك يفحص الانف وجوفه بدقة زائدة لعل عين الفاحص تجد سبباً لصداع المريض · ففي اغلب الاحيان لا يجد الطبيب الفاحص في انف مريضه أي اختلال تشريحي او مرضي سوى صفة قد تكون ثابتة في هؤلاء المرضى وهي ضيق ظاهر في ناحية القمع وقرب الصماخ المتوسط ناتجة غالباً من انحراف القسم العلوي من الوتيرة او من ضخامة القرين المتوسط وقد تكون هذه الضخامة شديدة حتى انه يلاصق و يضغط الوتيرة في قسمها الموافق ولو جرب الطبيب الفاحص ادخال رأس حاملة قطن بين القرين المتوسط والوتيرة لتعذر عليه الامر ولادى ذلك الى ألم شديد يشبه كثيراً نوبة الصداع التي يشكوها المريض عادة · ولكن لو بللت قطيلة القطن المجهز بها رأس الحاملة بمحلول الكوكائين او بقليل من محلول بونان (Bonain) لسكن الالم المصاب به المريض في الحال · واول ما يسكن هو الالم الكائن بين الكتفين فألم النقرة فالاذن ويليه ألم الخشاء فألم الانف وخلف العينين وآخر ما يسكن الالم الرئيس أي ألم الجبهة والصدغين ·

وقد فسر البعض هذا الحادث هكذا : ان الالياف العصبية الصادرة من العصب المثلث التوائم أو من العقدة الوتدية الحنكية المختصة بإعصاب القرينات

والصماخ والحنك منضغط بضخامة القرين المتوسط وانحراف الوتيرة في الصماخ العلوي فاذا ما طرأ التهاب خفيف أو ارتشاح على مخاط الناحية آلم هذه الاعصاب ويسكن ألمها بالطريقة ذاتها أي بتخدير الناحية نفسها · وقد نسب ديديه الالم الى انضغاط الحزم العصبية بين القرين المتوسط الضخم والوتيرة المنحرفة و برهاناً على مدعاه فقد شفى اثنين من مرضاه ببتر رأس القرين المتوسط الضخم ·

اما دونتياه دلاموت فيعتقد ان ضخامة القرين ليست السبب المباشر لحصول الالم بل انه بضخامته يقف حائلاً دون تحفيض الجيب الوتدي الملتهب ·

ويذهب بوشه مذهباً آخر في تفسير حصول هذا الالم فيعتقد بانه لا دخل للالتهاب قط في حصول الالم بل ان هناك جوفاً انفياً جافاً لا اثر للافرازات المخاطية أو غيرها فيه وان السبب هو الانسداد فقط وان معالجة الانسداد تسكن الالم ·

ويذهب عدد من المؤلفين مذهب بوشه كونيه وليرو روبير مثبتين نظريتهم بان الالم لا ينشأ الا من سبب آلي وانه يشفى بتخدير الناحية الضاغطة ·

ولكن على الرغم من هذه الاثباتات المدعومة بامثال مقنعة نجد ان بعض حوادث الصداع الانفي المنشإ لا ترافقها ادنى آفة انفية · ويشكو المريض صداعه هذا صباحاً حين النهوض من الفراش و يزداد بالبرودة والحرارة ويكون مستقراً في الناحية الوقبية القفوية و يشفى بالطريقة ذاتها الاولى أي بتخدير الناحية الوتدية الحنكية وقد سمي هذا الصداع الصداع الودّي او العصاب الوتدي الحنكي (névralgie sphéno-palatine) واول من شرح وحلل طريقة حصول هذا الصداع وطريقة معالجته هم سلودر في اميركا وراماديه وسارنيون وتيرا كول وهالفن في فرنسة

وقد ذكر بودان سنة ١٩١٧ في احدى المجلات الطبية الفقرة الاتية :

هي اشكال من الصداع دعيت باسماء مختلفة فقد دعاها بريسو الآلام النفسية وسيكار العصبية الوجهية (nevralgisme facial) وتينل الالم الودي . وهذا الشكل من الصداع الذي كثرت اسماوءه وقلت حوادثه الم يزعج المريض والطبيب معاً فالمريض يكون قد اصيب بالتهاب احد جيو به الكمين الذي ظل مستتراً لضعف اعراضه أو لنخرة في احدى اسنانه فكان الله في البدء متواصلاً وموضعاً ثم اصبح مزعجاً اكثر مما هو موءلم فيستشير الاطباء مستشفياً بدون نتيجة رغم التوسطات الجراحية الكثيرة التي اجريت له كاستخراج الاسنان المتنخرة أو جرف الجيوب المشكوك في اصابتها فيترك طبيباً ويأتي آخر الى ان يظن ان داءه عقام لا يشفى فيلتجيء الى المسكنات الشديدة حين تكاثر النوب عليه كالمورفين ويتغلب الوهم فيه على الحقيقة فيصف الله باشد الصفات ويرثى لحالته كأنه مصاب بالعته . ففي هذا الشكل من الصداع يمازج الالم شيء من الاختلال العقلي كالاعياء والسوداء والكآبة وقد عد البعض ان الاختلال العقلي هو اساس المرض وان اعتلال العقدة الودية تابع له ولكن لم يقبل هذه النظرية العقلية الكثيرون ومنهم سلودر في اميركا وراماديه ودوفرجه وكانويت في فرنسة فهم معتقدون ان الاختلال العقلي ليس سوى مظهر من مظاهر الالم حين اشتداده وعلى الرغم من الحجج المقنعة التي جاء بها هوءلاء العلماء بقي كوشنغ من دعاة النظرية الاولى موءيداً قوله بان التجارب لم تثبت خلاف نظريته بل ايدت ان الاختلال العقلي يأتي اولاً وتتبعه الاعراض الانفية الموضعية . امـا الالم فلا يقتصر على النـواحي المعصبة بالياف العصب المثلث التوائم بل يتعداها كما

ذكرنا انفاً الى نواحٍ بعيدة كالنواحي المعصبة بالضفيرة الرقبية وبالعصب المؤخري الكبير والى ابعد من ذلك ايضاً . وليس شكل الالم واحداً بل قد تنتاب المريض نوب اشتدادية تحرمه الرقاد وتجبره على اخذ الجرعات الكبيرة من المخدرات وعلى العكس فقد يسكن المه بلا سبب ظاهر ويبقى ساكناً بضعة ايام متى شغل المريض نفسه بامر هام ينسيه المه ثم يعود الالم الى الظهور بدون سبب ايضاً هذا ما ذكره بودان في مقاله ونرى انه لم يبعد كثيراً عما ذكره انفاً وعلى الرغم من تعدد النظريات وانتشار الالم الى مناطق مختلفة الاعصاب نجد ان تخدير سرة الانف (الثقبة الوتدية الحنكية) المتكرر كثيراً ما يذهب بالالم فهذا البرهان العملي يثبت لنا جيداً السبب الانفي لهذا الالم رغم سعة المنخرين وخلو المريض من اي التهاب في غشائه النخامي وجيوبه . فهل يمكننا مع هذا اطلاق الامر وعد كل شخص مصاب بضيق قليل في القسم العلوي أو الخلفي من حفرتيه الانفيتين معرضاً ان عاجلاً أو اجلاً لهذ الصداع نجيب عن هذا السوءال بالنفي لان حصول هذا الصداع يستدعي الاختلال الانفي الموضعي ان يكون الشخص ذا بنية مستعدة اي مصابة باختلال الموازنة العصبية النباتية نعني بذلك ذا بنية شديدة الحس في كل اجهزتها الودية أو العصبية النباتية فمن اتصف بهذه الصفات العصبية واصيب بضيق الانف كان معرضاً لهذا الشكل من الصداع وكان الباعث الاول لالمه الاختلال الانفي والباعث الثاني ضعفه العصبي .

فالمريض المصاب بهذا الصداع حزين حتى الخبل يصف لنا آلامه بفصاحة مفتشاً عن اشد النعوت . فاقل انزعاج أو تعب عقلي يزيد المه

ويوقعه في نوبة شديدة . وليست له طاقة على احتمال جرعات الكوكائين القليلة ومتى استعمل هذا المخدر اياً كان مقداره اعتراه وهن شديد مع هبوط الحرارة وعرق غزير وخفقان وهذا ما يمكننا ان ندعوه بالسكر الكوكائيني ولكن المحذور من استعمال هذا المخدر القوي يزول بكثرة الاستعمال ويعتاد المريض احتماله . ويمكننا قبل استعمال الدواء ان نختبر حالة الجملة الودية وقلة تحملها للكوكائين بفحص الافعال المنعكسة الودية وهنا نكتفي بالفعل المنعكس الانفي الوجهي ونختبر هذا الفعل الاخير هكذا . نجهز رأس مرود دقيق بقطعة قطن مبلولة بمحلول قليل التخريش وندخلها حتى القسم العلوي والخلفي من الحفرتين الانفيتين فاذا كان المريض شديد الحس هطلت دموعه وسال من انفه سائل مائي واحمرت منضمته ووجنتاه وعنقه (حمرة الخجل) واذا كان ذا بنية عادية لا تنصب من عينيه الا دموع قليلة جداً . وبعد افقادنا الحس الانفي بالادوية يزول هذا الفعل المنعكس ايضاً . واذا اضفنا الى فحصنا هذا فحص الافعال المنعكسة الودية الاخرى كالفعل المنعكس العيني القلبي وغيره يتضح لنا جيداً شدة حس المريض وقابلية انزعاجه باضعف المؤثرات فتتهيج جملته العصبية الودية وتزداد افرازات غدده الداخلية فيظهر لنا فعلها بما نراه من الاعراض في مريضنا (لانيال لافاستين) ولمفرزات الغدد الداخلية الافراغ دخل في احداث هذا الصداع الودي فبعد كل طمث تزداد آلام النساء المصابات بهذا الصداع ويرافق ازدياد الالم دوار وطنين في الاذان . والحمل يزيل الالم تماماً والوضع يرجعه الى ما كان عليه ويذكر بودان حادثة امرأة عدت الحمل واسطة دوائية فاستعملته لهذا الغرض وجعلت تحمل وتضع أو بالاحرى تجهض برهة من الزمن . والمصابات بهذا الصداع يكن

ذوات طمث غزير . والاعراض العامة المرافقة للصداع كالوهن والانقباض النفسي تثبت لنا اختلالاً في الغدد الداخلية الافراغ . وقد عدَّ البعض ان الصدمة الفردية الناجمة من الاستهداف (anaphylaxie) المضمي قد تكون سبب الصداع الودي ايضاً

وتسمية هذا الشكل من الصداع بالودي هي خير تسمية على ما نرى لاننا لو اوردنا على وجه الاختصار الصفات التي يتصف بها هذا الصداع لكان لنا ما ما نبرر به هذه التسمية :

١ً – ايد الدرس السريري ان هذا الصداع يعقب غالباً اختلالاً في موازنة الجملة العصبية الحركية الوعائية .

٢ً – انتشاره لنواحٍ بعيدة غير مقيد بانتشار الياف العصب المثلث التوائم وغيره من الاعصاب الحسية القحفية .

٣ً – صفاته الخاصة الودية وكونه الماً ودياً صرفاً .

٤ً - المصابون به هم غالباً اصحاب بنية ودية .

اما كون الالم يبدأ في الانف ويتخذ شكل صداع انفي فلأن الانف الغني بالالياف العصبية الودية والمثلث التوائم مصاب بضخامة او ضيق في قسمه العلوي يضغط هذه الالياف العصبية فتخديرها يسكن الالم

وللعصب الودي صفة حسية ثابتة لا تحتاج الى برهان قد ايدها عملياً مونبران في مرضاه المصابين بجروح العين والوقب وقد ذكرنا ذلك في مقالنا الاول وكذلك فقد اورد تينال ولانيال لافاستين وهوير وميكار امثالاً كثيرة يضيق المقال عن استعابها والقحف غني بالياف هذا العصب وهو غني ايضاً بالثقوب والشقوق

التي متى ضاقت ضغطت الالياف العصبية المارة بها وكان منها ذلك الالم الذي نتكلم عنه ٠

فهذا الصداع اذاً صداع ودي مثلث التوائم اما سبب حصوله فقد يكون ظاهراً بضخامة الانف وضيق القسم العلوي من جوفه او يكون مبهماً وخير تعليل نجده له هو التهاب العصب الودي كما نرى في الالام التي تعتري جرحى الحرب المصابين بجروح او كسور كبيرة في اطرافهم ٠ وقد ذكر ليابولت في جمعية امراض الحنجرة الباريزية ١٩٢٤ حادثة مريض كان يشكو صداعاً موءلماً من هذا النوع لم يكن سببه سوى خزع القرين السفلي وخروج المريض من غرفته باكراً بعد العملية وتعريض جرحه الحديث للبرد ولغير ذلك من المخرشات فاصابه ما اصابه من الصداع ٠ وما نورده عن هذا المريض يمكننا قبوله في من كانت اغشيتهم النخامية شديدة الحس وتخرشت بسبب داخلياً كان ام خارجياً ٠

وقد عدّ البعض الصداعات الانتانية والتسممية والتي تعتري المصابين بالانتانات الشديدة أو بالتسممات المزمنة الكبدية أو الكلوية من هذا النوع وقالوا ان سموم الجراثيم او غيرها تخرش بطريق الدم النهايات الودية في الغشاء النخامي ٠

فاذا كان الامر كذلك كان لا بد من سكون هذه الالام بتخدير الياف العصبين المثلث التوائم والودي في القسم العلوي من الحفرتين الانفيتين وهذا ما سنراه في مقال آتٍ ٠

معهد الطب في دمشق

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور ميشيل خوري

ان السائح القادم من بيروت حين وصوله الى دمشق ووقوع نظره على اشباح منائر السلطان سليمان القانوني الرشيقة فيراها تكبر في عينيه شيئاً فشيئاً لا يتبادر الى خاطره ان تحت هذه القباب التي كرت عليها مئات الاعوام و بين جدران هذا الجامع التي الهبتها اشعة الشمس وما تني صامتة صمت الاجداث ، انشئت المخابر المجهزة بمعدات علمية هي احدث ما استنبطه العلم ، ومـا ذلك الا لاطفاء غلة النفوس العطشى التي تتوق الى الارتواء من منـاهل المعرفة والحكمة. فلقد خطا العلم الى فناء هـذا البناء الرحب المشيد منذ اربعمائة سنة ليكون ملجأ لحجاج البيت الحرام . فاذا به امام روعة القدم ومهابته، واذا باجلال تلك الحجارة القديمة واحترامها يغلبانه فلا يمد الى تغيير اوضاعها يداً و ينثني مكتفيا بأن ينشيء في المؤسسة الاسلامية العتيقة مخابره الحديثة للحكمة الطبيعية والكيمياء والتاريخ الطبيعي ، تلك المخابر التي تبشر بان تكون في الايام القـابلة نواة كلية علوم يتهيأ فيها طلاب الطب والصيدلية لنيل شهادة العلوم الطبيعية .

لا جرم ان من يعرف تلك المطابخ البالية الدخناء التي كان يأوي اليهـا حجاج مكة وهم ملتفون باطمارهم الخلقة ، لا بد ان تأخذه الحـيرة و يستولي عليه الذهول حين يرى ان تلك القدور والجفان تحل مكانها البواتق والانابيق التي

يستخدمها اهل الكيمياء الحديثــة ، وان تلك المواقد العاليــة انقلبت الى مناضد مصقولة تستعمل لمختلف الاغراض العلمية . لقــد تغيرت طرق الحج فاوشك البلى ان يخيم على منازل الحجاج لولا ان تناولتها يد الجد بالترميم والتجديد فعادت مكاناً صالحاً لتثقيف شباب الجامعة الناهض . وقد كانت مفاوضات استلحاقها وعرة شاقة ، لان الفئة المستولية عليها محافظــة لا تشاء ان تفسر دين النبي الا بحسب ما تهوى . واذن فليس من اليسير ان تتخلى عما تملكه ليقع غنيمة باردة في يد العلم . غير ان تلك الفئة غلبت على امرها ، فاصبح في وسع ظلابنا الذين يتألف منهم شرق اليوم ان يجنوا فوائد ما خلفه لهم شرق الامس ، وان ينعكفوا على دروسهم العالية لادراك صبوات نفوسهم في بقعة نضرت جنانها بعد الموات فعادت مفخرة من مفاخر العاصمة السورية .

. . . .

أجل لقد ظفرت الجامعة السورية بان تضم اليها من ملحقات جامع السلطان سليمان ثلاثة أبنية ، فامكن ان تنقل شعبة طب الاسنان الى احدها ، وان يجعل صف العلوم وشعبة الصيدلية في البناء الثاني وان تؤسس مكتبة الجامعة في البناء الثالث ومنذ انشاء صف العلوم الآنف الذكر جعلت مدة الدراسة فيه سنة واحدة يتأهب فيها الطالب بدرس العلوم الطبيعية وينتقل بعد نيله شهادتها الى الطب او الصيدلة منتهجاً في ذلك الطريق الذي يوافق ميوله الخاصة .

وتقع ملحقات معهد الطب المذكورة على ضفة بردى عند مدخل المدينة وهي الان تكون قسماً من الابنية التي تتــألف منها الجامعة السورية . والى جانبها تقوم ابنية حديثة اخرى محاطة بالرياض النضرة وهي معهــد الحقوق

ومعهد الطب ومستشفاه . وقد خصص جناح احد ابنية الجامعة لنزول الطلاب الغرباء والذين يختارون الاقامة فيها . تلك قاعدة المدارس الشرقية القديمة التي كان يعد فيها مكان خاص لسكنى طلاب العلم . والهمة مبذولة لانشاء مدرسة للالهيات واخرى للآداب العليا تضمان الى الجامعة . تلك هي اقسام الجامعة السورية الاخذة على حداثة عهدها يبلوغ ارفع المنازل العلمية وعميدها القائم على رأسها ينتخبه زملاؤه ليتولى مقدراتها مدة الرئاسة وهي ثلاث سنوات تقبل التجديد كما هي الحال في رئاسة الجمهورية . واما عميدها الحالي الذي وقع عليه اختيار زملائه فهو رئيس معهد الطب

ويعود تأسيس معهد الطب الى سنة ١٩٠١ وهي السنة التي صدر فيها الفرمان السلطاني التركي القاضي بانشاء معهد الطب العثماني في دمشق لقبول طلاب هذه البلاد التي كانت تحت النير التركي وان تكن بعيدة عن شواطىء البوسفور. ولسوء الحظ اصابت يد الضياع اوراق هذا المعهد القديم وسجلاته بسبب حوادث الحرب الكبرى، هذا اذا لم تكن اعيدت الى الاستانة . وكان التعليم في ذلك العهد باللغة التركية ، كما ان الاساتذة كانوا يرسلون الى دمشق من معهد الطب في الاستانة . وعندما انضمت تركيا الى الالمان سنة ١٩١٤ لاح لها ان الفوز النهائي سيكون في جانبها، فلم تحجم عن الاستيلاء على المؤسسات الفرنسية . فصدرت الاوامر العسكرية بنقل معهد الطب العثماني من دمشق الى مقر معهد الطب الفرنسي في بيروت ، واحتل الجيش التركي ابنية المعهد الحالية في دمشق . غير انه لدى تقهقر الجيش الالماني وخروج الاتراك من سورية ، اعيد المعهد الى بناياته الخاصة في دمشق فاذا هي تحتاج الى اصلاح كثير نظراً الى الاضرار التي اصابتها في

اثناء وجود الجيش التركي فيها ٠

ان الوقت الذي عاد فيه معهد الطب الى دمشق بعد انتهاء الحرب يعد بحق حدثاً خطيراً في تاريخ المعهد اذ أنه تعرض حينذاك لازمة شديدة الخطر كادت تسبب اقفاله والقضاء عليه ٠ وتفصيل ذلك انه في سنة ١٩١٩ عندما جلس الامير فيصل على عرش الامويين في دمشق، فتح المعهد ابوابه متخذاً لنفسه صفة عربية جديدة لم تكن له فيما مضى ٠ ثم تقلص حكم الملك فيصل عن ربوع الشام فلم يكن هذا الحدث التاريخي سبباً كافياً لاقفال المعهد، بل انه على العكس من ذلك وجد في نفسه صبوة تحفزه على البقاء وطموحاً يحمله على الاستمرار في الحياة مسترشداً ومحتمياً بنا كمعهد سوري يجتذب اليه الطلبة الناطقين بالضاد من البلاد المجاورة ٠ قد يخيل لأول وهلة ان ايجاد معهد ثالث للطب في دمشق امر لا حاجة اليه بعد ان اوجد الاميركان والفرنسيون معهديهم في بيروت ٠ غير ان التعليم عند الاميركان هو بالانكليزية، وبالفرنسية عند الاباء اليسوعيين ٠ وبما ان السوريين لم يحاولوا في اي حين من الاحيان اقصاء فكرة دولة عربية تتأسس عاجلاً او آجلاً، فانهم ارادوا ان يكون لهم معهد خاص يدرسون فيه الطب بالعربية التي هي لغتهم الوطنية ٠ ولأجل ذلك لم يكن بد من وجود وطني حازم يأخذ على عاتقه هذه المهمة الشاقة الخطيرة فاتاحت الفرص ان تولى رئاسة المعهد الدكتور رضا سعيد بك عميد الجامعة الحالي، يؤازره في عمله رجال كالكولونيل كاترو مندوب المفوض السامي والكولونيل دلماس رأس اطباء الجيش الفرنسي في سورية حين ذاك ٠ فتمكن هؤلاء الرجال الأشداء من تنفيذ خطتهم، وتم لهم ما ارادوه من انقاذ المعهد من الخراب الذي كان يهدده ٠

غير ان المعهد لم يسلم من الاقفال فحسب ، بل بعثت فيه حياة جديدة واخذت تسير في عروقه دماء نشيطة قوية، فان الانتداب الفرنسي في سورية لم يوضع لاقفال مدارسها بل لتحسين تلك المدارس وتوفير وسائل تقدمها وارتقائها .

وعليه فان المعهد العثماني تحول الى معهد سوري له استقلاله الاداري والمالي، فامكن ان تستعيد اللغة العربية حقوقها وان تحل فيه مكان اللغة التركية . ونشطت ادارة المعهد الى العمل فدعي اليه اساتذة سوريون يعدون من أشهر الاطباء في البلاد ، وارسل بعض منهم الى فرنسة لاتقان اختصاصهم فاخذ الطلبة من مختلف الانحاء بالاقبال على المعهد .

وفي الوقت الذي كانت تنظم فيه الدروس ، كانت تنشأ المخابر تدريجياً وفي سنة ١٩٢٢ حين كاد يتم تنظيم شعبتي الطب والصيدلة امكن ان تلحق بهما شعبة لطب الاسنان وفرعان للقبالة والتمريض . وخطا المعهد خطوة جديدة في سنة ١٩٢٤ ، فانه بعد مقاومات خفية ، وافقت المفوضية العليا على ان ينضم الى المعهد اساتذة فرنسيون كان طلبهم مجلس الجامعة قبل ذلك بحين . والآن فنحن اربعة اساتذة نتعاون مع زملائنا الاساتذة السوريين ، وفروعنا هي السريريات الطلبة والامراض العصبية والعقلية [1] والسريريات الجراحية وامراض الفم . ونحن بطبيعة الحال نلقي دروسنا السريرية باللغة الفرنسية . ومما يسهل مهمتنا ان معظم الطلبة القادمين من موءسسات فرنسية يحسنون لغتنا . واما الطلبة الاخرون

[١] اصبح الآن عدد الاساتذة الفرنسيين في المعهد ثلاثة بعد انتهاء مدة الدكتور جود استاذ الامراض العصبية والعقلية في تشرين الأول سنة ١٩٢٩

فيعطون في المعهد دروساً خاصة في اللغة الفرنسية [1] تمكنهم من فهم الدروس السريرية التي تعطى بهذه اللغة ·

وقد جعل برنامج الدروس مطابقاً لبرامجنا الفرنسية خلا بعض الفروق الطفيفة التي وجدت ضرورية لعدم امكان الغاء النظام القديم برمته · وبناء على ذلك فان الفحوص السريرية تجرى بعد الدروس النظرية في نهاية السنة الخامسة وتؤلف قسماً من فحص اجمالي في كل المواد يسمى فحص (الدكتوراه) ولا يقدم الطالب اطروحة عندنا كما أنه لا يقدمها في بيروت · وفيما عدا هذه الفروق الثانوية ، فان وجوه الشبه تكاد تكون تامة لا سيما وان مدة الدراسة هي واحدة· ولذلك فاننا لا نرى ما يدعونا الى ايراد عدد المناصب والمخابر التي توافق ما عندنا تمام الموافقة ، الا ان برنامجي التعليم في شعبة طب الاسنان وفرع التمريض همـا اقرب الى البرامج الاميركية · ثم ان معظم الاساتذة اتقنوا اختصاصهم في معاهدنا الفرنسية واتموه باقامتهم التي لا بد منها في باريز واذا دعت الحاجة الى تعيين بعض خريجينا فيكون ذلك بعد المسابقة ، او تقع عليهم الاختيار لتوفر الشروط المطلوبة فيهم · وهم يذهبون الى فرنسة لنيل شهادات جامعاتها ثم يتوسعون في الدرس مدة كافية قبل عودتهم لموازرة اساتذتهم في المعهد ·

واما الطلبة فيأتوننا لا من دولة سورية فقط ، بل من البلاد العربية المجاورة كلبنان ومصر والعراق والعجم والحجاز وتونس · ومنهم من تستدعيه الحكومات

---

[١] بما ان الطلبة الذين يلتحقون الآن بالمعهد يحسنون اللغة الفرنسية فقد عُدل عن اعطاء الدروس الخاصة بهذه اللغة ·

المجاورة في العراق والحجاز ونجد وشرقي الاردن لتقلد وظائف إدارة الصحة والاسعاف العام · فلم يبق اذن الا ان تقبل خدمات طلبتنا حكومتا مصر وفلسطين · ولتحقيق هذا الامر فنحن تأمل بنجاح المفاوضات الجارية مع هاتين الحكومتين ·

وتطلب الفتيات المسلمات الآن الالتحاق بمعهد الطب ، لان قوانين الجامعة تسمح بذلك لا سيما وقد سبق ان التحق بالمعهد فتاتان مسيحيتان قابل الرأي العام دخولهما اليه بالارتياح ·

وكما ذكرت اعلاه فان وجوه الشبه بين معهد دمشق ومعاهدنا الفرنسية تكاد تكون تامة لولا بعض الفروق الطفيفة التي تقتضيها شوءون البلاد عامة ويستلزمها دور التطور الراهن الذي تجوزه الامة السورية · ومثال ذلك يظهر في المستشفى فبعد ان جربت فيه طريقتنا الفرنسية وجد انه من الواجب الحاقه بالمعهد لأسباب شتى ، لا سيما وان عيادات المستشفى لا يمكن تجهيزها بكل اللوازم الضرورية لسيرها الحسن الا اذا تولى المعهد ادارتها بنفسه · وهكذا فان المستشفى العام الذي كان تابعاً فيما مضى لادارة الصحة تحول مع العيادات الخارجية المرتبطة به الى مستشفى تعليمي للمعهد ·

ونظراً الى قلة الكتب في اللغة العربية ، فان الطلبة يجبرون على حضور الدروس جميعها لدرسها على الاستاذ الذي يضطر الى الاحاطة بموضوعات شعبته جميعها ، ولذلك فان ادارة المعهد رأت انه لا بد من ان يزاد عدد ساعات الدروس ليمكن ان تقسم جميع المواد على سنوات الدراسة الخمس · ورأت الادارة ضرورة ايجاد الطبابة الداخلية في المستشفى · غير ان الاطباء الداخليين الذين يوءخذون من

عداد طلبة السنة الخامسة بعد المسابقة كما هو الحال عندنا لا يقوون على ايفاء وظائفهم حقها الا بعد نيلهم الشهادة. ويعد الطالب خالياً من التبعة الطبية مهما كان متقدماً في دروسه. وحين قبوله طبيباً داخلياً في منتصف سنته الخامسة فهو يقتبس من سلفه شيئاً كثيراً من دقائق الفرع الذي سيزاوله في السنة التالية بعد احرازه الشهادة. ولهذا النظام فوائد لا تخفى، غير انه ذو مساوىء اهمها ان الطبابة الداخلية لم تمكن الى الآن اطالة مدتها، فان اطباءنا الشبان لا يتمكنون من مزاولة العمل امداً طويلاً باعتباره عملاً مجرداً، ولذلك فمن الصعب بقاؤهم في المستشفى اذا هم فازوا بنيل وظيفة او منصب في الخارج.

اما بشأن الامتحانات فان القانون المتبع منذ تأسيس المعهد يقضي بان يقدم الطالب امتحانه امام لجنة لا امام فاحص واحد- الأمر الذي يجعل مدة الجلسات اطول مما لو جرى الامتحان بانفراد الفاحص والطالب معاً. ولكي لا يكون مجال لاحتجاج الطلاب الساقطين المتوالي، ولكي يمكن ان ينظر في احتجاجاتهم دفعة واحدة، فان نتيجة الامتحان لا تعلن الا بعد انتهائها جميعاً.

واما اطباء الاسنان فيمنحون شهادة دكتور كما هي الحال في بيروت. وليس من السهل انتزاع هذا اللقب منهم، والا ادى ذلك الى الاعتراضات الشديدة. ولكي يتمكن الاطباء والصيادلة واطباء الاسنان من مزاولة مهنتهم في البلاد المشمولة بالانتداب بعد نيلهم شهادة معهد دمشق، يطلب منهم كما يطلب من خريجي معهد الطب الاميركي في بيروت، ان يتقدموا لامتحان يدعى بالكولوكيوم امام لجنة فرنسية فاحصة تعينها المفوضية العليا: اما خريجو معهد الاباء اليسوعيين في بيروت فلكونهم اصحاب امتياز خاص يخولهم تعاطي

مهنتهم في فرنسة ، فيعفون من هذا الامتحان . ولكن كان عليهم في العهد التركي ان يتقدموا لامتحان الكولوكيوم قبل الترخيص لهم بالعمل في ممتلكات السلطنة العثمانية . فهذا الامتحان انما هو اذن أثر من آثار العهد البائد آثرت المفوضية العليا استبقاءه منذ بدء الانتداب . غير ان وجود الاساتذة الفرنسيين في اللجان الفاحصة في نهاية السنة لما يجيز النظر في تعديل شكل هذه الامتحانات .

ومع ان الواردات المالية لمعهد الطب في دمشق اقل من واردات معهدي بيروت ، فانه سار شوطاً بعيداً في ميدان التقدم ، فجهزت مخابره باحدث المعدات وبما ان بناياته القديمة لم تعد كافية لاستيعاب شعبه المختلفة ، فقد اخذ بتشييد بنايات جديدة . ثم ان عدد اساتذته يزيد على التوالي ويبشر مستشفاه بان يكون قريباً من افضل المستشفيات الحديثة . وبكلمة مختصرة فان الرقي والتقدم يتناولان اقسام المعهد جميعها . وان من شهد هذه المؤسسة في ايامها الأولى ، واتيح له الآن ان يزورها ويرى ما هي عليه من التقدم لا يتمالك من ان يقابل طفرتها العجيبة بشيء كثير من الاستغراب والاعجاب . وقد كان للمفوضين السامين الذين تعاقبوا على هذه البلاد يد بيضاء على المعهد ولا سيما من كان منهم مفطوراً على محبة العلم . ولذلك فانهم قدروا الجهود التي تبذل في سبيل انجاحه ، واقتنعوا بوجوب بقائه وسيره في سنن النجاح ، لما له الان وما يكون له من الفائدة البعيدة المدى في هذه البلاد . واذا لم يكن في طاقة المعهد مجاراة معاهدنا فذلك عائد الى قلة مخصصاته السنوية اذا هي قيست بما تتناوله مدارسنا العالية .

ومما لم يكن منه بد في الماضي ، قبل ان اصبح الدخول للمعهد مقيداً بالبكالوريا السورية او ما يعادها ، ان تتفاوت ثقافة الطلاب الداخلين اليه ،

نظراً الى تنــوع شهادات الدخول الثانوية التي يحملها هوءلاء الطلبة ، لا سيا وان المدارس التي تمنح هذه الشهادات متعددة وسبب ذلك ان لكل طائفة او ملة في هذه البلاد مدرسة خاصة من هذا النوع · فان كان بعض هــذه الشهادات ممتازاً فان بعضها الآخر ليس بذي قيمة علمية تدعو الى قبوله · وفي بدء كل سنة كان يمتحن الطلاب الاجانب وحاملو الشهادات المعطاة من موءسسات لم تثبت بعد ان شهاداتها معادلة للشهادة الثانوية ، فتتحقق الادارة بهذه الواسطة من ان الطلاب الفائزين في الامتحان لديهم من الثقــافة والمعرفة ما يوءهلهم للانخراط في احد اقسام المعهد اما الان فقد الغي هذا النظام باحداث البكالوريا السورية التي تصبح في هذه السنة شرطاً اجبارياً يجب استيفاوءه حين الانتهاء من الدروس الثانوية اذا رغب الطالب في الدخول الى الجامعة السورية اياً كان مصدر الشهادة التي يحملها · غير ان الطلاب الاجانب يطلب منهم تأدية امتحان معادل للبكالوريا · و يعود احداث البكالوريا السورية الى الجهود التي بذلهــا الموسيو راجه مستشار المعارف العامة فانه تمكن بتيقظه وهمته التي لا تعرف الملل من ان يحدث هذا التغيير الهام في المعارف السورية ·

ثم ان ما ينقص اطباوءنا الشبان بعد خروجهم من المعهد انمــا هو الكتب والمجلات فلا يكفي ان يكون هنالك العدد الكبير من المجلات الانكليزية التي يتمكن المصريون والعراقيون من قراءتها ، والشيء الكثير من المجلات الفرنسية التي تفيد السوريين اذ ان المهم ان يحسن هوءلاء الاطبــاء الشبان انتقاء افضل هذه المجلات وان يخصصوا الوقت الكافي لقراءتها والاستفادة منها · فيجب اذن ان يكون لديهم كتب ومجلات عربية وهذا مــا يشعر به اساتذة معهد دمشق

فانهم يبذلون الجهود الحرية بالذكر لسد النقص من هذه الوجهة بتأليف الكتب الجديدة والحديثة باللغة العربية · ولتبقى هذه الكتب حديثة بما يضيفونه اليها من الحقائق الجديدة التي تظهر في العالم الطبي · وقد اخذ هوءلاء الاطباء العاملون على عاتقهم ايجاد لغة عربية علمية ، فهم ينقبون ويبحثون عن المصطلحات الطبية في كتب الطب العربية القديمة ، فيحيون هـذه الالفاظ باستعمالها المتوالي · او انهم يجدون بدلاً منها الالفاظ الجديدة · ولتسهيل فهم اللفظ العربي حين استعماله يذكر الى جانبه اللفظ الفرنسي · ويثابر على استعمال المصطلحين معاً الى ان يشيع استعمال اللفظ العربي · ويصدر اساتذة المعهد مجلة طبية شهرية تحمل الى تلامذتهم القدماء والى العالم الطبي ثمرات اعمالهم وتلخيصاً وافياً للمقالات التي تشرهـا المجلات الطبية في اوروبا واميركا ·

فما تقدم انما هو صورة للمعهد السوري الذي يتقدم الى الامام مماشياً هذا الرقي الاجتماعي الذي لا يمكن دفعه والذي حمل الشرق الغافل الى الانتباه من سنته · ان ذكرى الامجاد القديمة التي تحيى في النفوس الشاعرة بروعة الماضي ، توقظ الهمم وحث العزائم لتجديد ما اندثر ليكون المستقبل حـافلاً بجلائل الاعمال التي لم يكن للأمويين عهد بها فمعهد دمشق يحول ايضاً وجهه الى اطباء العرب الاقدمين الذين ترى اسماؤهم منقوشة فوق ابواب القاعات في مستشفاه · وهو يبذل العلم لطلابه بلغة البلاد ، لانه المدرسة الوطنية الوحيدة · واذا لم تقم في سبيله عقبة تمنع تقدمه فسيكون له شأن كبير في العالم العربي ·

اما نحن الذين قضت الظروف بان يقع علينا الاختيار لموءازرة اساتذة هذا المعهد ، والذين عليهم ان يكونوا خير واسطة لنشر العلم الفرنسي وتعليم الاساليب

الفرنسية في الطب والجراحة فنعمل يداً واحدة مع زملائنا السوريين بالاخلاص التام والثقة المتبادلة ، بغير ان يكون لنا قصدسوى تخريج الاطباء الحاذقين وابلاغ هذا المعهد الذي نعمل فيه للمستوى اللائق به فنحن اذن نستمد روح مهمتنا من روح الانتداب نفسه ، الا وهي موءازرة اصدقائنا على شكل لا يحملهم على طلب الاعتياض بسوانا . ولا نشك قط بان النتائج الحميدة التي وصلنا اليها في وسطنا الصغير تحملنا على الثقة التامة بان التعاون النزيه مع السوريين امر يسير من شأنه ان يعود بالفوائد الجمة على الفريقين المتعاونين . ولا بد ان نكون في خدمة السوريين قد قمنا باجلّ الخدم التي تأملها منا بلادنا العزيزة .



الكافور ومشتقاته الخلونية الذوابة في الماء

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

الحكماء العرب هم اول من استعمل الكافور في معالجة المرضى وجنوا منه فوائد جمة لم يجحد الطب الحديث فضلهم فيها بل اقره بين الادوية القيمة التي لا تزال تستعمل بكثرة

فاما استعمالاته الخارجية فكثيرة لسهولة انحلاله في سواغات عديدة كالكحول والمواد الدسمة (الزيت الكافوري ، المرهم الكافوري ، الكحول الكافورية . الخ .)

واما استعمالاته الداخلية فمحدودة لعدم ذوبانه في الماء وكان الزيت الكافوري حتى عهد قريب هو المستحضر الوحيد المستعمل حقناً تحت الجلد .

غير ان صعوبة الحقن بالزيت للزوجته وعدم انحلاله في الاخلاط البدنية وبالتالي عدم امتصاصه وتمثله بسهولة وتكوينه اوراماً زيتية موضع الحقن (huilomes , vasélinomes) كل ذلك دعا كثيراً من الحكماء الاساتذة الغربيين الى القول بوجوب الاستغناء ما امكن عن الزيوت ولا سيما الزيوت المعدنية ، في المستحضرات المعدة للحقن تحت الجلد . ولقد ايد بعضهم ان امتصاص الأدوية المحلولة أو المركبة أو المعلقة في الزيوت تابع لتحلل الزيت نفسه في العضوية وان المواد الذائبة في الزيت تدخل العضوية دون ان يكون بينها وبين المذيب اقل علاقة كما يتضح ذلك من النتائج التي حصل عليها بعد حقن عدة كلاب بغرامين من الكافور .

	كافور في العضلات	كافور في البول
بعد ساعتين	٠٫٦٩٥٠	٠٫١١٦٤
٣	٠٫٦٨٥٣	٠٫٦٤٥٧
٦	٠٫٥٥٢٥	—
٧	—	٠٫٦٨٢١
٩	٠٫١٠٥	—
١٩	—	١٫٧٩٤
٤٨	—	١٫٧٥٢

فالجزء الاكبر من الكافور يطرح مع البول · اما الزيوت ولاسيما الزيت المعدني فانها تبقى اياماً بل شهراً في موضع الحقن ولا تمتص الا ببطء زائد والبلعمات الماجمة تجعل حول قطيرت الزيت تكيساً حقيقياً مما يوءيد ان العضوية الحية تعدّ الزيوت مواد غريبة عنها اياً كان منشأها وتسعى الى دفعها والتخلص من شرها باحداثها حولها تكيساً كما ايد ذلك العالم سيكار (Sicard)

لذلك انصرف الكيمياويون الى ايجاد ملح كافوري ذواب في الماء يقوم مقام الكافور نفسه فاوجدوا المشتق النشادري لحمض كمفوكربوكسيليك

ومن المعلوم ان الكافور اذا اخذ داخلاً سواء بطريق الفم أو حقناً تحت الجلد يطرح منه جزء من العضوية بحالة مشتق غليكوروني (glycuronique) مما يساعد على تقدير السعة الوظيفية للكبد بمعايرة حمض الغليكوروني في البول ·

ولقد تبين من ابحاث بيشون (Pichon) ان الملح الكافوري العضوي لا يستدعي زيادة في البيلة الغليكورونية (glycuronurie) بخلاف الكافور نفسه كما انه يكون اشد فعلاً منه بما يحويه من الوظيفة الخلونية الحرة ،

	حمض الغليكوروني مقدراً بالغرام في اللتر	
	المعايرة الاولى	المعايرة الثانية
قبل ازدراد الملح الكافوري	٠٫٠١٤	٠٫٠١٤
بعد نصف ساعة	٠٫٠١٤	٠٫٠١٤
بعد ساعة	٠٫٠١٦	٠٫٠١٤
بعد ساعة ونصف ساعة	٠٫٠١٤	٠٫٠١٥

هذا ولقد استحضرنا مشتقاً سلفونيا للكافور باقامة جذر السلفونيل مقام جذر الكربوكسيل في ذرة كفوكربوكسيليك واستعملنا ملحه المعدل بالصود بدلاً من النشادر لسهولة امتزاج الصوديوم بأخلاط العضوية الحية وجهزنا من هذا الملح السلفوني الكافوري المعوّل عليه في مستشفيات باريس ، حبابا (ذات غرام واحد تعادل ٠٫٦٠ من الكافور الصرف) وتحققنا بدورنا رجحانها على الزيت الكافوري الاعتيادي وشاهدنا نتائجها الحسنى في المرضى الذين حقنوا بها تحت الجلد سواءً من قبل الاستاذ الحكيم ميشيل الشامندي ، أو من قبل الحكماء السادة . شوكة القنواتي وعبد الوهاب الدرا وشفيق الخياط ومصطفى آل عيسى الذين نسدي اليهم الشكر .

اما اسباب الرجحان فهي :

١ — ان هذا الملح السلفوني الكافوري ذواب في الماء وليس له تأثير سمي ،

٢ — ان امتصاصه سريع وتأثيره اكيد ،

٣ — لا يحدث ادنى تفاعل موضعي ،

٤ — يطرح بسهولة و يؤكد ذلك بآلة الاستقطاب ولا يؤثر في الكبد فلا يستدعي زيادة في البيلة الغليكورونية

٥ — محلوله المائي غير لزج مما لا يبقى حاجة الى استعمال ابر ثخينة للحقن ،
٦ — لا يحتاج في تنظيف المحقنة الى اكثر من غسلها بالماء ولا تتلوث الأيدي به بخلاف الزيت الكافوري الذي يجب تنظيف المحقنة الملوثة به بغليها بالماء وفحماة الصوديوم او غسلها بالكحول والأثير ٠

ولما كانت حباب الزيت الكافوري الاعتيادي كثيراً ما يحقن المرضى بها مع حباب البنين جهزنا ايضاً حباباً اخرى تحتوي على الملح السلفوني الكافوري وعلى البنين معاً مذابين في جاواة الصوديوم وفقاً لطريقة دستور الأدوية الفرنسي وهذه الحباب التي كان منها فوائد سريرية كانت بالوصفة الآتية :

الماء الكافوري	٠،٤٠ غرام (يعادل ٢٥ سغ من الكافور الصرف (١)
بنين (كافيين)	٠،٢٠
جاواة الصوديوم	٠،٣٠
ماء مقطر لاجل	٢ سم^{3}

(لا يطرأ على هذا المزيج اقل تحلل بتعقيمه ربع ساعة في الصاد الموصد على حرارة قدرها +١١٥°) ٠

واذ كانت هذه الوصفة التي وضعناها جزيلة الفوائد فقد خطر لنا ايجاد مشتق سلفوني بنيني بدلاً من الصودي والاستغناء عن جاواة الصوديوم لسهولة العمل ولا نزال نواصل المسعى لعلنا نهتدي الى ما نتوخى من ورائه الخدمة العامة وسنتحف به زملاءنا الافاضل بمقال آخر ان شاء الله

---

(١) نعني بالماء الكافوري (eau camphrée) ملح الكافور السلفوني محلولاً في الماء

مستحدثات طبية

مترجمة بقلم الطالب السيد مسلم القاسمي

معالجة الآفات الجلدية بالغاردن (GARDAN) الدكتور فرديناند ونكلو

الغاردن علاج جديد بان يكون في مقدمة العلاجات المستعملة بامراض الجلد ، حتى ان المشاهد ليدهش حينما يرى ان نملة (اكزما) تعالج بالمراهم على الطريقة المعهودة تشفى بمدة اسرع متى اعطي المريض في الوقت نفسه الغاردن وكم من جلد كان مصاباً بالأكال الشيخي فشفي بعد ايام قلائل من المباشرة بالغاردن .

ان تأثير هذا العلاج في الشرى من الامور الثابتة ، وقد رأينا بعض حالات من الأكال المتعمم الحادث في سياق الاورام الخبيثة الذي كان يصحبه الشرى ولم تؤثر فيه الادوية التي تستعمل عادة ، الا ان الغاردن وحده كان ينقص تحسس الجلد بسرعة حتى ان اندفاعات الشرى المؤلمة كانت تزول كما زال الاكال المتعمم ، وهو يؤثر ايضاً في الشرى الذي لا يعتري كثيراً من النساء في منتهى طمثهن ويزيل آلام الطمث بصورة آنية

وقد لاحظت فعله هذا الحسن في جميع مريضاتي

لا ينكر ان للبيراميدون تأثيراً مضاداً للتشنج كشفه هانس جانوسك على ان هذا التأثير يقوى ويشتد متى اشرك الغادرن معه بالمعالجة . فتأثيره المزدوج

هذا (اي المضاد للحكة والتشنج) يدفعنا الى استعماله في آفات الجلد الناجمة من تشوش معوي وفي التسممات المعوية وانتشاراتها الى الجلد ·

وخلاصة القول ان ادخال الغاردن في زمرة ادوية امراض الجلد بعد مشاهداتنا يعد نجاحاً كبيراً في هذا الموضوع ·

استعمال الغاردن في الاستحمامات

(للدكتور فريتز لانجر)

من الامور التي تستدعي الاهتمام خلال الاستحمام بالحمامات الحارة ظهور آلام منعكسة كثيرة الوقوع تبدو عادة منذ الاستحمام الاول ، والتجارب التي استخلصناها من استعمال الغاردن كانت شديدة الملائمة ·

ويمكن التأكد من فعله المخدر في مدة قصيرة (بعد ١٠ – ١٥ دقيقة غالباً) بأخذه قبل الاستحمام ونرى كيف ان تأثيره يطول فتتناقص الآلام تناقصاً ملموساً ، ومن النادر ان نحتاج اليه مرة ثانية ، هذا عدا انه لا تأثير له في القلب حتى ولا في الضغط الدموي والمعدة ·

واذا صادف ان شخصاً سيتعرض لجهود موءلمة (كالتمسيد والحركات المنفعلة وما شاكل ذلك ···) يكفي ان يتناول قبل المباشرة بنصف ساعة حبة من الغاردن واذا قيست حالة الشخص نفسه بدون علاج و بعد اخذه منه ظهر الفرق جلياً ، واتضح ان الآلام قد خفت بعد تناوله ·

(داء اللمبليات في معدني الرور ، منشأ تشوشات المعدة)

La lambliose chez les mineurs de la Ruhr

ان داء اللمبليات يشاهد كثيراً في الرور وفي مقاطعة « بون » فبين مئتي مريض مستشفين لم نر في مدة ثلاثة اشهر اقل من ثلاثة وعشرين مريضاً مصابين بهذه الآفة (ما يعادل ١١٫٥ ٪)

ان تحريات سيمون التي اجراها على اطفال مقاطعة بون توضح لنا وجود اللمبليات في هؤلاء على نسبة ٢٣ ٪ وقد لاحظ الاعراض الآتية : ثقل تحت حافة الاضلاع اليمنى وآلام معدة ، وقلس ، والتهاب معدة ، وتشوشات عصبية وكان يجد هذه اللمبليات في المرارة . فبعد حقنه المرضى بالنخامين (hypophysine) عثر على اللمبليات في عصارة الاثني عشري .

اما من وجهة المعالجة فان الارسنو بانزول بمقادير صغيرة لا يؤثر أقل تأثير ويشير (ت .) بالنيوسالفرسان بمقادير كبيرة (٠٫٩٠ غ) مما يؤدي الى الشفاء الاكيد ، وهذه الكمية قاطعة لا يجب ان تؤخذ الا في الاحوال النادرة ولاتقاء النكس يجب الا تقطع المعالجة منذ زوال اللمبليات .

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٠ م · الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٨ ه

« وعدنا القراء الكرام باصدار جزء خاص عن داء المتحولات
« كانت قد نشرته مجلة الطب وعلم الصحة الباريسية
« وعهدت بتدبيجه وجمع مواده للدكتور ترابو احد اساتذة
« معهدنا الطبي وانا الآن نبر بوعدنا لان داء المتحولات
« مرض متفش في قطرنا السوري يستدعي الاهتمام ولان
« تظاهراته متنوعة يجدر بالزملاء الكرام معرفتها لتسديد
« المعالجة الفعالة اليها · « المجلة »

تمهيد

للدكتور ترابو الاستاذ في معهد الطب بدمشق

ترجمها الدكتور شوكة الشطي

هذه المجموعة هي الثانية من نوعها في البحث عن داء المتحولات صدرت مجموعة اولى نشرت في مجلة امراض البلاد الحارة فلم يشترك في تدبيجها الا اطباء سوريون ثم صدر هذا الجزء فآزرنا فيه اطباء مصريون اعلام حققوا بعملهم هذا المجيد تبادل الآراء بين بلدين متجاورين متشابهي الامراض ولا يسعنا

والحالةهذه الا ان نبتدرهم بشكرنا الجزيل لموَازرتهم ايانا في عملنا الذي يرمي الى درس امراض الحوض المتوسط والزحار اكثر هذه الامراض تفشياً اذ يشاهد في كيليكية واليونان وتركية وسورية وفلسطين ومصر وطرابلس الغرب وفي مستعمرات فرنسية في افريقية الشمالية وقد نجت منه حتى الآن فرنسة واسبانية واكثر انتشاره في طرفي شواطئ البحر الأبيض أي في مراكش من جهة ومصر وسورية من جهة اخرى . وقد دلتنا احصاآت مدام بانايوتاتو المضبوطة على شدة انتشار هذا المرض في البحر المتوسط الشرقي في مصر ، واحصاآت شوفاليه من حلب على سعة انتشاره في سورية وهذا ما تحققناه . يعلل لنا ذلك قلة مشاهدة الزحار الحاد ولا سيما في سورية الا في الغرباء وعيالهم القادمين حديثاً من جنود وموظفين في المفوضية العليا . ولا تشاهد في الوطنيين الا يقظة زحار مزمن مستتر في الغالب . ويجب الافتكار دائماً في الزحار توصلاً الى معرفة السبب الحقيقي لبعض تظاهراته الشاذة . وقد خصصنا لهذه اليقظات درساً خاصاً مفصلاً وينجم استقرار المتحولات الشاذ من استتار هذا الداء . وقد ذكرت السيدة بانايوتاتو امثلة غريبة كشفت بها افاقاً جديدة للانتان المتحولي ولا نرى حاجة الى الاستقصاء في داء المتحولات القصبي والرئوي المعروف منذ عهد اوبيك وناتان لاريه وبونتينغ والمدون في مشاهداتهم وقد شاهدتها في مصر زميلتنا العالمة وشاهدت السيدة المذكورة التهابات اللوزتين الزحاري الامر الذي حملها على الظن بوقوع باب الدخول في اللوزتين ان هذه الفرضية محتملة كيف لا وقد كان استئصال اللوزتين في احدى حادثات الزحار المتردد الواسطة الوحيدة للشفاء . غير اننا نعتقد ان هذا الطريق تالٍ في الغالب وان الطرق

الهضمية هي الأساسية في نقل الداء · تدخل الحلم (protozoaires) القناة المعدية المعوية قصداً مع الأطعمة الملوثة بالبراز ولا سيما باغبرة البراز المجفف المستنشقة أو المبتلعة · فيعوق النسيج البلغمي العامل المرضي عن الدخول · غير ان الهجوم المتتابع يملأ هذا العائق ويتكون التهاب اللوزة فيصبح كمذخر يبعث بالحلم الى الأمعاء محدثة زحاراً وعليه فاصابة الأمعاء عن طريق اللوزة ممكنة اذن وقد ايدت لنا تردد الداء المتحولي في بعض الحالات غير ان ذلك نادر · والطريق الأساسي لانتقال المرض كما قلنا هو الطريق الهضمي بالأطعمة والغبار العجاج في كثير من بلدان الشرق ومهما يكن الأمر فان المشاهدات عن التهاب اللوزة الزحاري يبين علاقة الحلم بالنسيج البلغمي ويتضح الأمر ايضاً باستقرار الزحار في المعى الغليظ وبكثرته في الزائدة الدودية · وتبين لنا مقالات باولوس بتريديس والسيدة بانايوتاتو ان الذيل الدودي المصاب بالزحار قد يكون مذخراً للمتحولات تهجره حيناً بعد حين فتحدث هجمات حادة · ولا يشفي دائماً استئصال الذيل في هذه الحالة الداء المتحولي كما في احدى مشاهدات بتريديس · امـا اذا لم يعرف ان التهاب الذيل ناجم من المتحولات فتحدث تفاعلات خلبية مستترة في الجوار شبيهة بالاستقرارات المعوية المزمنة الاخرى: كالتهابات الاعور والسين الحرقفي التي تفضي الى التهابات في محيط الاحشاء نبه اليها الاستاذ لوسركل · وليست هذه التفاعلات نادرة وكثيراً ما تحدث اختناقات معوية باللجم وخصصت السيدة بانايوتاتو مقـالة خاصة جزيلة الفـائدة لاشكال الكبادات الزحارية الشاذة · وذكرنا في مؤتمر غنـد سنة ١٩٢٧ مع لويس من بيروت الاشكال التيفية للانتـان الزحاري العـام وبحثنا في التغيرات الكبدية التي

شاهدناها ان الكبادات التيفية الموهمة هي في الواقع ادواء متحولات تيفية الشكل
يكون احتقان الكبد فيها شديداً حتى ان اعراضه تعود اهم ما في التناذر السريري
وقد تتقيح الكبد والشكل البردائي اندر من هـذا ولكنه اكثر التباساً . لأن
البرداء تؤذي الكبد كالزحار والمرضان بلديان في مناطقنا ولسنا نعجب
من امكان التباس المرضين وقد قايسناهما في مؤتمر القاهرة وبحثنا في
حوادثهما المتشابهة فكلاهما مسبب عن الحلم .

وقد سردنا في هذا الجزء ما درسناه مع عبد القادر الصباغ (دمشق)
في يرقان مزحور واظهرنا مشابهة عمل المتحولات والحيوينات الدموية في
الكريات الحمراء فقد احدثت المتحولات في الحادثة التي دققنا فيها يرقاناً بانحلال
الكريات الحمراء (érythrophtorique) كما في اليرقان الناجم من البرداء
غير ان اليرقان الدموي المنشإ في داء المتحولات لا يتم ما لم تمر المتحولات الى الدم

فيحدث اذن تسمم دم بالمتحولات حقيقي في بعض الاحيان . ولا يكون انتان
الدم هذا الا موقتاً كما وصفناه سابقاً فيشبه انتانات الدم بالعصيات الكولونية
وهو السبب في تظاهر الزحار في اماكن مختلفة خصصت لها السيدة بانايوتاتو
نظرة عامة قيمة نستنتج من ذلك كله ثلاثة امـور وهي ان داء المتحولات
في الشرق شائع وهجماته كثيرة واشكاله متنوعة يجب على المتمرن الافتكار فيه
دائماً وهـذا ينير له السبيل ليوصل مرضاه الى شاطئ العافية والصحة كما في
المشاهدة التي ادلى بها الصباغ على ان مثـول الزحار امام اعيننا في جميع المرضى
الذين نشاهدهم مدعاة الى ما يسميه علماء الطفيليات جنون السريريين وقد بيّنت
مقالة خوري هذا الرأي بصراحة لا تقبل الالتباس فانها تضع حداً لهذا الهوس

وتدعونا الى التفتيش عن داء المتحولات خارج الأمعاء بالطرق المخبرية (استنبات ، حقن) . فعلينا ان نتبع هذه النصيحة وندعو بدورنا الزملاء في مصر وسورية الى الاشتراك مع الطفيليين في ابحاثهم فمتى شاهد هؤلاء العامل المرضي كانوا اشد منا هوساً واشادوا في مدحنا واطرائنا فقد قبل اليوم جميع الطفيليين ان خراجات الكبد الزحارية ناجمة من المتحولات مع انها لا ترى الا نادراً في القيح وكذلك الأمر في استقرار الداء المتحولي خارج الأمعاء كما اثبتت الاختبارات السريرية . قد تستقر المتحولات في الاعضاء المختلفة وتعاصر زحاراً معوياً يكشف المخبر فيه المتحولات وتزول هذه التظاهرات بفعل الأمتين . وقد صودف في بعض الانتقالات المتحولية المتحولة التي تشاهد في البراز نفسه وهذا دليل على ان بين الانتقالات والزحار صلة صحيحة فلم تكن السريريات كاذبة بل انها ستتوصل الى اقناع المخبر بسهولة وتحقيقاً لهذا الامر يجب اشتراك السريريين بالاستقصاء مع الطفيليين .



داء المتحولات الدفين (١) ويقظاته

للحكيم ج ٠ ترابو

استاذ السريريات الباطنة في المعهد الطبي العربي
وطبيب المستشفيات العسكرية

ترجمة السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب

لا نكون مغالين قطعاً ، اذا قلنا ان داء المتحولات يمكن ان يعد بحق احدى رزايا الشرق الادنى ،وليس اعتبارنا هذا له، لاستيلاآته العلنية الواضحة التي يسهل ادراكها ووصفها ومعالجتها بادويتها العجيبة الباهرة (الامتين والارسنو بنزول) ، بل لاصاباته الكامنة الراعبة ، التي كثيراً ما تساعدها ظروف عصبية ، فتوءدي انئذ الى عراقيل خطيرة ، ومضاعفات غير منتظرة ٠

وهذا لعمري هو ما استلفت انظار كثير من الاطباء الممارسين في هذه البلاد (حيث داء المتحولات متوطن) ،اذ وجدوا انه بامكان نفر قليل من الاشخاص السالمين ، الذين يأوون غلف المتحولات في ابدانهم ، ان يسببوا عدوى عدد عظيم من السكان ، كما انهم وجدوا ان هوءلاء الحاملين ، هم انفسهم اصل الهجمات المسترلية المكررة لهذا الداء ، وهم ايضاً ،هم السبب الداعي الى حصول زحار خفي فيهم ، يترآى وراء اشباح خداعة غامضة ، مما يجعل كشف النقاب عنها مستصعباً ، كما لو تزيا داء المتحولات المزمن باعتقال بطن مستعص احياناً ٠

(١) الداء الدفين هو الذي يظهر بعد الخفاء فينشأ منه شر وأذى (القاموس)

وبناء على ذكر ما تقدم ، ارى ان النتن المتحولي الكامن ، جدير أن يعرفه حق المعرفة ، القاصي والداني من الاطباء الممارسين في هذه الديار ، حتى الاور بيين منهم ، كيف لا وسهولة المواصلات الحاضرة بين انحاء المعمور المختلفة ، تدعو عدداً عديداً من الاعاجم الى ارتياد هذه البلاد ، لايجاد اسواق تجارية فيها تباع فيها بضائعهم ومنتوجاتهم ، فيعودون بعد حين الى حيث كانوا ، وهم مصابون باسهال يعزونه الى اسباب شتى ، وكلها بعيدة عن الحقيقة ، الحقيقة الراهنة ، الا وهي داء المتحولات الدفين . ويستنتج من ذلك ، ان هذا الداء سيصبح متفشياً في انحاء الكرة الارضية المختلفة ، رغماً عن التباين الكلي بين شتى الاقاليم .

هذا وقد شرع كل من ماريانو وكاسترو ودانيال باجراء تحريات قياسية ، على ابرزة عدد من السكان السالمين في بلدة بونس آيريس (الارجنتين) ، فوجدوا ان نسبة المتحولات وغلفها في هؤلاء هي ١٥ ٢٤ ./. من الحوادث . كما ان فون كروغ اوسلو ، اجرى العمل ذاته في عاصمة نروج ، فتوصل الى نسبة مئوية معادلة لـ ٧٥ ./. وهي النسبة ذاتها التي وجدها شوفاليه في بلدة حلب وان شئت فقل في سورية . واليكم الاحصاء التالي ، الذي قامت به السيدة بانايوتاتو في الاسكندرية فهو يبين سير داء المتحولات الخفي المنشإ في ارض الفراعنة :

(اشخاص مصابون قديماً بالتهاب المعى والكولون . الحالة مثبتة)

مرض بالغ ثلاثة اشهر . . .	١٥٩٦ ./.
« » ستة » , , ,	٢ ./.

« « سنتين	. . .	١٣ ٪
« « خمس سنين	. . .	١١٦٢ ٪

(مرضى كانوا يبدون في سوابقهم استقرارات متحولية خارج المعاء)

ذوو كبد غير متقيحة	. . .	١٣ ٪
استقرارات قصبية	. . .	١٤ ٪
« رئوية	. . .	٦ ٪
التهابات ما حول الاعور والتهابات الزائدة		٤ ٪
استقرارات شتى	. . .	٢ ٪
اشخاص اصحاء	. . .	٥ ٪

فيمكننا اذن من نتيجة هذه الاحصاآت ان نحكم بان داء المتحولات الخفي هو داء منتشر في جميع البلاد الكائنـة على الساحل الشرقي من البحر الابيض المتوسط ، واعني بها ارض الشام وارض مصر .

هذا ومن النادر ان نصادف هنا زحاراً حاداً نموذجياً ، اللهم الا قليلاً ، في نفر من افراد الجيش المحتل ، او في الاوربيين الذين نزلوا من البحر حديثاً ، واما الزحار المزمن فهو مرض السكان المعتاد ، فيبدو فيهم سريرياً باشكال بردة خـادعة غاشة ، أو اشكال اخرى غيرهـا ، فاذا استمر هذا الخـداع ، وحافظ النثن المتحولي على قناعه ، ولم يتعرض المريض للتعفنات الاخرى ، او للتأثيرات الاقليمية الحارة القاسية ، يصبح التشخيص والحالة هذه عسيراً جداً فيعود فضل كشفه اذن الى هذه العوارض المضاعفة التي تطرأ على حياه هؤلاء المرضى ، اذ بها يستيقظ داء المتحولات ، فيكمن انئذ تعيين هويته .

ومن المناسب في بعض الطوارئ الموقظة للاصابات المتحولية المستترة ، ان يلاحظ في الاسباب العامة التي تؤثر في الياف المعى او بالحري التي تحدث الاسهال ، كالبرودة ، والانحراف عن الحميـة ، والافراط في استعمال الملينات ، واكل المقددات المشبوهة ، واللحوم المجففة ، والمشروبات المثلوجة ، اذ يظهر من جراء تأثير احد هذه بعد الطعام ببضع ساعات أو في منتصف الليـل ، الآم بطنية ترافقها اسهالات ، لا يشك المريض في انها حالة عامة واعتيادية ، ولكن انتباه الطبيب الى ما في الاصيص من النتف المخاطية المشبوهة ، ولطخ الدم غير المعتاد ، وزيادة الصفراء غير المألوفة ، تدعوه الى الاشتباه بالزحار ، فيستفسر المخبر اذ ذاك فيؤكد هذا له وجود المتحولات أو غلفها .

وان ننس لا ننسى ان لامراض المعاء الخاصة بها دخلاً عظيماً احياناً في ايقاظ داء المتحولات من سباته ، اذ ليس من النـادر ان نرى اثناء سير الحمى التيفية أو النمشية،الاسهالات التي اعتدنا رؤيتها في بدء هذين المرضين ،ولكنها مجردة كل التجرد عن صفاتها الأولية : لونها متغير ، مصفرة أو مخضرة، مرقطة بالدم أو بالمخاط ، والمجهر يكشف لنا وجود المتحولات فيها لاول وهلة .

وقـد اصبح من المؤكد اليوم ايضاً ، ان تنبه داء المتحولات يحصل عن اختلاف درجة حرارة البدن، اذ ان صعودها يكون سبباً لاشتداد فوعة البذيرات الجرثومية المستقرة في المعاء ، فمثلاً يشتد نشاط المتحولة الحـالة للنسج حين صعود الحمى اثناء سير ذات الرئة أو الضنك أو احدى الحميات النفاطية ، أو بعد نوبة بردائية بسيطة أو حمى الجموش (حمى الايام الثـلاثة) ، فتظهر تلك الاسهالات المدماة المخاطية ، التي تشخص انئذ بكشف المتحولة فيها .

وهكذا يوضح اطباء المستعمرات منشأ الآفات الخلاسية (١) التي يندمج فيها الزحار بالبرداء، أو الزحار بالحمى التيفية، أو الثلاثة معاً الزحار والبرداء والحمى التفية وهـذا لعمري منتهى الارتباك اذ يختلط علينا سيرها وتتشوش علينا اعراضها.

واخيراً ، يمكن لعوارض التزعزع الغروي ان تبعث الزحـار الدفين من مرقده ، (كما حققنا ذلك بانفسنا مراراً) بعد حقن الوريد بأحد الملاح الغروية أو الارسنو بانزين ، أو بعد اجراء لقاح بسيط ضد التيفية ، أو بعد تفاعل مصلي. حتى ان الأمتين نفسه الذي هو دواء الزحار الوحيد ، لا يجري تأثيره احياناً ، بل بالعكس يكون سبباً لامشاء البطن (٢) بمـدة لا تقل عن اربع وعشرين ساعة ، ولكن لا يلبث ذلك ان ينقطع بمتابعة المعالجة به (تفاعل هركزا مارفي الزحار المتحولي).

وفي الختام ، لا بد لنـا من القول انه قبل معرفة داء المتحولات الدفين ، ومعرفة عدد الحاملين لغلفه ، لم يستنكف العلماء عن التفكير في ان هـذه الاختلافات المرضية المتداخلة ، اثناء سير شتى الامراض ، هي عبارة عن تطعيم جديد بالانتان المتحولي الحاد الى ان جاءت الحقيقة الساطعة ، اذ لم يمض الا عشية وضحاها ، حتى كشف النقاب عن هذا السر الغـامض ، وذلك بمعرفة الداء المذكور ، الذي أبان لنا ان كل ما سرد من الحوادث المرضية المختلطة يمكن ان ينسب الى تيقظ الانتان المتحولي المتنكر.

---

(١) الولد الخلاسي بكسر الخـاء من ابوين ابيض واسود والافات الخـلاسية المختلطة المنشإ.

(٢) امشى الدواء البطن اسهله ودواء ممشي مسهل.

داء متحولات المسالك التنفسية

للحكيمة السيدة بانايوتاتو

الحائزة على اكليل قصب السبق من مؤسسة فرنسة

ومديرة مختبر المستشفى اليوناني في اسكندرية

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

يحتم علينا تواتر استقرار داء المتحولات في المسالك التنفسية ، ان نعد مرتبته بعد مرتبة الاستقرارات المعوية والكبدية ، كيف لا وهناك عدد عديد من داء المتحولات القصبي الرئوي الصرف ، الذي لم يكن تالياً لاصابة كبدية أو معوية ، وهو ما سيدور عليه البحث في هذا الملخص ، اذ نروي لكم بضعة مشاهد تستخلص منها معلومات علمية قيمة :

المشهد الاول (observation)

داء المتحولات الرئوي الابتدائي (وقعت في مصر)

التحقت مريضة في ١٤ آذار بالمستشفى اليوناني في اسكندرية بوساطة الحكيم بلّي ، لكي تفحص قشاعها ، اذ اصيبت منذ بضعة ايام باختلالات قصبية رئوية ، موصوفة بسعال وتنخم قيحي بدون حمى ، لدى فحص صدرها كانت تسمع في احد شقيه ، نفخة بين الفصين مع خراخر رطبة بعد كل سعال . بالمجهر : عصيات كوخ سلبية في البصاق ولكن عوضاً عنها متحولات زحارية ، (رغماً عن ان المريضة اكدت انها لم تصب مطلقاً بالزحار) حقن الوريد بكمية من الأمتين (٦ - ٨ عشير الغرام يومياً) فأدى الى الشفاء السريع .

المشهد الثاني

داء المتحولات القصبي

الآنسة س . ت ... ناسخة في احد المصارف ، كانت اصيبت منذ سنتين بزحار شفيت منه بالأمتين ، ومنذ سنة اصيبت ايضاً بسعال عضال مخروش ، مع قشاع غزير مخاطي قيحي ، يأتيها نوباً ، فيضنيها كثيراً .

عالجها زميلنا الفاضل الحكيم تسامى معالجة ذات القصبات ، فلم يجن من ذلك الا خفة جزئية في السعال ، كانت تتلوها انتكاسات متفاوتة الوطأة . لذا بعث بها الحكيم تسامى الينا لنفحص بصاقها ، اذ اظهر الفحص السريري خراخر رقيقة بدت حديثاً في ذروة رئتها اليمنى .

فلما جاءتنا رأيناها مريضة شاحبة اللون ، هزيلة الجسم ، تنتابها حمى خفيفة تصعد الى ٣٨° مساءً مع تعرق قليل ، وتسمع خراخر منتشرة في شقي صدرها ، وخراخر رقيقة في كل من الحفرتين فوق الترقوة وتحتها . تحرينا في بصاقها عصيات كوخ مراراً ، ولكن كنا نعود فيها بخفي حنين ، فحصنا البصاق اخيراً فحصاً مباشراً . فبدت لنا فيه المتحولات الزحارية ، فأسرع الحكيم تسامى الى حقن الوريد بثمانية عشير الغرام يومياً بالأمتين ، وكانت نتيجة عدة زرقات ، صلاح حال عظيم ، اذ تناقص السعال ، واختفت الحمى ، وعادت الشهية للطعام ، ونشطت الآنسة لعملها ، ثم شفيت شفاءً تاماً بعد حقن سلسلتين من الأمتين .

مشهد الثالث

اتساع القصبات وخراج الرئة المنخر

ب . ه ... عامل في العقد الخامس من العمر . دخل المستشفى اليوناني

في اسكندرية · كان مصاباً منذ سنة بزحار يتنابه كل ثلاثة أو اربعة اشهر مرة · وهو رجل شاحب اللون ، فاتر الهمة ، خائر العزيمة ، يزعجه سعال عضال احتدادي لا يدعه يذوق للراحة طعماً ، حرارته تبلغ مساء ٣٨° - ٣٩° وصباحاً ٣٧٫٣° - ٣٧٫٥° ، قشاعاته قيحية منتنة تشابه احياناً بغزارتها القيئ الصدري (vomique) ·

الفحص السريري : في قاعدة الرئة اليمنى صمم وخراخر شتى ونفخة لطيفة اللحن ، وفي قاعدة الرئة اليسرى خراخر تحت الفرقعة ·

الفحص الشعاعي : في قاعدة الرئة اليمنى ظل بياني يدل على مجمع حجمه حجم البرتقالة تحيط به هالة مرتشحة ، لا يجاوز عرضها عشيري المتر ، ليس له ادنى اتصال بالكبد·

الفحص المجهري : ليس من حلزونيات (spirilles) ولا عصيات كوخ في البصاق ، بل متحولات ميتة ، كما ان البراز يحوي متحولات وغلفاً ايضاً ·

اجرينا له المعالجة المعلومة بحقن (٦ ٨ عشير الغرام يومياً) من الأمتين ، فالحمى هبطت ، ولكن بعض اشباه قيئ عادت اليه ثانية ، فعالجناه في الحال بالنئوسالفارسان فكانت النتيجة بعد الحقنة الثالثة ان اختفت الحمي تماماً ، والسعال هدأ ، والمريض تمكن من النوم في سريره بكل اطمئنان ، بعد ان كان حتى هذا الحين مضطراً الى البقاء فيه بوضعة الجلوس ليلاً نهاراً · ولكن وياللأسف لم تكتب له الحياة ، اذ لم تمض بضعة ايام ، حتى عاودته نوبة زلة عنيفة ، تبعها شبه قيئ شديد ، فاخذته جمعية الاحسان ونقلته الى القاهرة حيث قضى فيها نحبه ·

المشهد الرابع

التهاب اللوزتين والزحار المتحولي

الـ · دا · · · استاذ في الجمعية اليونانية ، له من العمر ٢٤ سنة ابوه بصحة جيدة، امه حرضية سكرية (arthritique et diabétique)، اخوته الثلاثة بغاية الصحة · بضع منذ ثلاث سنوات لالتهاب الزائدة، ثم اصيب بعدها بداء الدمامل فاحتاج الى اعتناآت جراحية ، وعقب وصوله للاسكندرية بثلاثة أو اربعة اشهر التهبت لوزتاه فعولجت بغرورات اعتيادية ، وبعد ثلاثة اشهر من هذه اعتراه اسهال زحاري الشكل مرافق بجلط مخاطية مدماة ، والفحص المجهري اثبت المتحولات فيها · ورغماً عن المعالجة النوعية التي اجريت ، كان الاسهال ينتابه لأقل انحراف عن الطعام ، فاضطره الامر الى اتباع حمية قاسية اذ ذاك كما ان هجمات التهاب اللوزتين كانت تعاوده كل شهر مرة واحياناً كل شهرين مرة يرافقها ذرب زحاري · وقد اصبح المريض من جراء ذلك هزيلا ، مصفراً ذا بطن متطبل حساس جداً لأقل لمس حول معاه الغليظ ، وبعد فحص محتوى خراج اللوزة الذي تشكل انئذ وجدت فيه المتحولات الزحارية فاشار عليه الطبيب الاختصاصي ارجيروبولوس باستئصال اللوزتين ، وقد فعل · وبعد بضعة ايام من الاستئصال ، اخذ المريض يسترجع قواه وزاد وزنه ٣ كيلوات في شهر واحد ، ولم يعد يحس بألم ما في بطنه ، وهو الآن لا يتبع نظاما غذائيا خاصا

المشهد الخامس

(التهاب اللوزتين والتهاب القصبات والزحار المتحولي)

أ · ل · · · عاملة في الربيع العشرين من عمرها اصيبت في طفولتها بالحصبة

وفي صباها بنظيرة التيفية (باراتيفوئيد) ، ومنذ سنتين بالزحار . وقد شفيت منه بالأمتين والحمية ، و بعد ستة اشهر من ذلك عاد اليها الزحار يرافقه سعال عنيف جاف ، مع التهاب اللوزتين ، وقد تكررت هذه الحال فيها ٢-٣ مرات منـذ ذاك العهد .

اتتنا المريضة على اثر هجمة جديدة اصابتها منذ ثلاثة ايام وهي تسعل كثيراً وتبصق مواد مخاطية ، وتشتكي عسر بلع ، حرارتها مساء ٣٨° وصباحاً ٣٧٫٢° لوزتها اليسرى مورمة جداً ، حمراء رقطاء .

الفحص المجهري : في البراز متحولات مع غلفها . في البصاق متحولات وكريات بيضاء كثيرة وبعض محبـة الايوزين (وامـا النتحة اللوزية فليس فيها عصيات لوفلر) .

المريضة لا تزال تتألم من عسر بلع وعسر تنفس كما ان تورم لوزتهـا في ازدياد وقد اخذت تبدي تموجاً واضحاً . و بعد بضعها سال منها عدة قطرات من القيح وجـدنا فيها عدداً من المتحولات .

فحص نواحي الجسد الاخرى لم يفدنا شيئاً . حقنا بالأمتين (١٢ عشير الغرام يومياً) فاخذت حالتها العامة بعد اربعة ايام في التحسن اذ الاسهال انقطع والسعال تناقص ، وعدد المتحولات في البصاق والبراز قل ، واللوزة اخذت في الندب ، وقد اتممنا المعالجة بضغوطتين من الستوفارسول يومياً فأفادتاها جداً ، حتى عددناها قد شفيت . واشرنا عليها مؤخراً باستئصال لوزتها ، فلا نعلم اذا كانت تقبل نصيحتنا ام لا ؟ اذ لم نرها بعد .

. . . .

ان تاريخ معرفتنا لداء متحولات المسالك التنفسية هو في الحقيقة حديث العهد، اذ يرجع الى اوبيك سنة ١٩٠١ وناتان لاريه وبونتنغ ١٩٠٦ فهم الذين عرفونا وقائعه الاولى، ولنا الشرف ان نذكر اننا وجدنا الوقعة الاولى منه في مصر في آذار سنة ١٩٢٣ .

ان الاستقرار الرئوي لا يتظاهر فقط بخراخر ذات القصبات منتشرة كانت أو محدودة بل يتظاهر ايضاً ببؤر صغيرة مشكلة من حويصلات رئوية متكبدة (آخذة شكل نسيج الكبد) محاطة بقصيبات دقيقة تظهر في المريض بناخس (ألم جنب) متفاوت الشدة يرافقه احياناً سعال شديد متردد تتلوه قشاعات لزجة مضرجة بالدم .

ان داء المتحولات الرئوي صعب التشخيص لانه يتمثل بآفة رئوية قصبية حادة كثيرة الشيوع تقلد اكثر العلامات المرضية كالنفخات والصمم والحمى . فالتباسه بسل الرئة كثير الوقوع ولا سيما متى رافقت حوادث النزلة العصبية حمى دقية تعلو مساء الى ٣٨° - ٣٩° مصحوبة بسعال قوي وعرق ليلي وبصاق مدمى . ولكن الفحوص المخبرية المتتابعة تنفي عصية كوخ فنولي وجهنا اذ ذاك شطر داء المتحولات الرئوي الذي يثبته لنا ظهور المتحولة في القشاع ، كما ان الامتين يحل لنا الاشكال في غالب الأحيان بشفائه المريض هذا اذا لم نكن امام تنخر رئوي حقيقي (كما في المشهد الثالث) زيد فيه على التنخر الذي احدثته المتحولة تعفن ثانوي بالحلزونيات أو اللاهوائيات (anaérobies) فيحول الآفة التشريحية المتقيحة الى غنغرينة رئوية حقة . ففي هذه الحالة لا يستطيع الامتين ان يجري فعله العجيب الذي نعهده . ومع ذلك فجميع هذه

الاعمـــال قد اصبحت اليوم معـــلومة تمام العلم ٠

وعدا ذلك فالتهاب اللوزتين المتحولي الذي صادفنا منه حادثتين واقعيتين يفتح لنا آفاقاً جديدة ويدعونا الى التساؤل عن باب دخول الحلم للعضوية ٠ أفلا تحقق هاتان الحادثتان فرضيتنا القائلة بان الانتان المتحولي يتم بواسطة اللوزتين ؟ ؟ وماذا نقول في جميع الحالات التي شفي فيها الزحار المتحولي بعد استئصال اللوزتين ؟؟ أوليس من الممكن ان تكون البوءرة اللوزية الملتهبة في مريضنا الرابع مذخراً لهذه الحلم تهاجر منه الى الامعاء وتكمل عملها فيها فتعفن اليافها ؟؟

لا نجهل « ان سنونوة واحدة لا تجلب الربيع » كما يقول المثل الفرنسي وان حادثة واحدة لا تكفي لدعم نظرية ، ولكنا نرى بين هجمات التهاب اللوزتين والنكوس الزحارية همزة وصل لا يمكن ان نعزوها الى الصدفة فقط ، كما ان اشتراك الاختلالات المرضية الثلاثة : التهاب اللوزتين وذات القصبات والزحار (في مريضنا الاخير) يحقق لنا ايضاً محملاً كبير الدلالة عن داء المتحولات ٠



داء المتحولات المعوي والتهاب الزائدة

بقلم الدكتور باولو بتريديس جراح مستشفى الروم في الاسكندرية

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

على الطبيب حيث داء المتحولات منتشر ان يفكر فيه متى شكا مرضاه اضطرابات معوية اياً كان نوعها واذا صادف تناذراً (syndrôme) ذيلياً وجب عليه ان يفكر في التهاب الزائدة الحقيقي أو الموهم ٠

قد ينبه التوسط الجراحي زحاراً كامناً مستتراً كما شاهدنا اثر استئصال الزائدة أو كشط الرحم وقد صادفت في الخريف المنصرم حادثة نموذجية من هذا النوع ٠

المشاهدة الاولى : ن ٠ كوت ٠ لها من العمر ٣٨ ربيعاً اصيبت بالتهاب الزائدة الحاد وعولجت في بيتها زهاء شهر وقد دعيت اليها مستشاراً مرتين أو ثلاث مرات وتم الاتفاق مع الزميل المعالج على وجوب التوسط بعد زوال النوبة الحادة ٠ اجريت العملية في المستشفى ولم يقع عارض ما ورأيت ان الزائدة ملتهبة التهاباً خفيفاً ثم انقضى يومان على المريضة وحالتها الصحية حسنة غير اننا فوجئنا في اليوم الثالث بحمى درجتها ٤٠٫٢ وحصر وانقباض الوجه ولم يظهر في البطن ما يبين سبب هذه الاعراض ثم بدت بعد بضع ساعات علامات الزحار الواضحة (براز مخاطي مدمى عديد) فتبرزت المريضة عشر مرات في اثنتي عشرة ساعة ٠ وكشف الفحص المجهري في البراز متحولات عديدة فلم يعد من مجال للشك في طبيعة المرض فحقنت المريضة بالامتين حسب القاعدة ٠

عجبنا لهذه الحادثة واخذنا نستفسر المريضة سوابقها فاستنتجنا امرين :

١ — انها لم تصب سابقاً بالزحار مطلقاً مدة اقامتها الطويلة في مصر ·

٢ - انها تشكو منذ ثماني سنوات اضطرابات هضمية عدها اكثر الاطباء التهاباً في المعى والكولون هذا ما لاحظناه وبماذا يجب ان نفكر اذن ؟ قد يكمن داء المتحولات المعوي ولا يظهر بمظهر الزحار الواضح مطلقاً ثم يبدو فجأة بعد بضع سنين في سياق مرض آخر أو اثر البضع كما في حادثة استئصال الزائدة السالفة الذكر · وقد رأينا يقظة الزحار تلو كشط الرحم في امرأة مصابة بالتهاب باطن الرحم لها من العمر خمسة واربعون عاماً ·

المشاهدة الثانية : امرأة سنها ٤٥ عولجت منذ شهر ولم تكن تشكو خلاله أي اضطراب معوي كشطت رحمها فشكت بعد الكشط بثلاثة ايام تبرزاً زحارياً بيانياً وارتفعت حرارتها حتى الـ ٤٠° شككنا في يقظة برداء كامنة غير ان ظهور المتحولات في البراز كشف القناع عن طبيعة المرض الزحارية وفحص الدم نفى البرداء وقد شفيت المريضة سريعاً بالامتين وذكر غيرنا من المؤلفين عدة حوادث مشابهة ونشر الاستاذ بول كارنو في العام المنصرم حوادث لا تدع مجالاً للشك وشاهدت حادثتين ارسلت احداهما الى جمعية الامراض المعدية والمعوية في باريس والثانية الى جمعية الجراحة البلجيكية واني آت هنا على ذكرهما بايجاز ·

المشاهدة الثالثة: رجل عمره ٤١ سنة دخل المستشفى يشكو تناذراً دودياً حالته العامة سيئة حماه ٣٨-٣٩٫٥° نبضه مائة تنفسه ٣٨ اسهالات ، ألم في نقطة ماك بورنه · وتبين حين اجراء العملية ان الزائدة سليمة اما الأعور فكانت

اعضاده متغيرة · ومات المريض متأثراً من تسمم الدم الخطر · وشوهـد حين فتح الجثة التهاب مقرح في الأعور والكولون زحاري المنشإ · واثبت الفحص النسيجي ايضاً الذي اجراه الاستاذ اسكانازي من جنوه طبيعية المرض الزحارية

ان هذه الحدثة هي حالة التهاب اعور متحولي لم تصاحبه اعراض الزحار المعروفة وقد شاهد زكري كوب عدة حوادث من هذا النمط وبحث فيها روجه في كتابه وقال ان الجراح قد يضع ظانا ان هنالك التهاباً في الزائدة مع ان المرض هو التهاب في الأعور وبحث عن ذلك ايضا ديكس وباري وكرومب وذكر لنا زكري كوب ان كثيراً من الاطباء وقعوا في مثل هـذا الخطإ وسمع كثيراً مثل هذه الحادثات غير ان اكثرها لم ينشر ·

المشاهدة الرابعة : شابة عمرها ١٧ سنة ارسلت الينا وقد شخص داؤها التهاب الخلب الذيلي فوافقنا عليه ·ولم نجرِ العملية لأسباب لا علاقة لها بالطب واخذت المريضة تتحسن تدريجياً الى ان اعتراها فجأة اسهال · وقد شوهدت في البراز متحولات فعولجت بالامتين فزالت الاسهالات والتناذر الذيلي المرافق بتفاعل الخلب في بضعة ايام ·

والخلاصة ان هذا التناذر هو تناذر ذيلي موهم مع عوارض التهاب خلب حاد نجم من داء المتحولات المعوي غير انه تلا اعراض التهاب الزائدة · بدأ داء المتحولات المعوي في المشاهدات الاولى والثالثة والرابعة باعراض التهاب الذيل الموهم غير ان التظاهرات كانت مختلفة فقـد تظاهر داء المتحولات اثر البضع واما في الحالة الثانية فلم يظهر ما يدل على داء المتحولات وقد عرف بالفحص النسيجي بعد الموت واما في الحالة الثالثة فقد ظهر الزحار المقنع في سياق التهاب

الزائدة وتدل مشاهداتنا الثلاث على التهـاب الزائدة الموهم · وهناك ايضا التهابات زائدة حقيقية تستقر فيها المتحولات في الذيل الدودي ·

١ - التهاب الزائدة الحقيقي : لنبحث اولا عن هذا الالتهاب الذي اشتغل به كارتوليس قبل كل احـد· وقد وجد وولي وموسغراف في ١٠٠ شخص مزحورين فتحت جثثهم بعد الموت ١٤ حادثة كان الذيل الدودي فيهاموءوفاوقد كشفت متحولات حية في ست منها· وشاهد لوفوف وهوير في فتح الجثـة المجرى في مكدونيا تثقبا مواتيا في ذروة الذيل الدودي واحيانا في قاعدته وتدخل في الزمرة الثانية الحادثة التي ذكرها بونه ولويس وميشون في جمعية ليون الجراحية وقد شاهد هوير في٤٩مزحوراً فتحت جثثهم تثقبامعويا في سبع حادثات كان الأعور مقر الانثقاب في ثلاث منها والسين الحرقفي في حادثتين والذيل الدودي في حادثتين ايضا فتكون النسبة ١٤ الى المائة منها اربع في الزائدة وقد شاهد لوروا دوبار في الهند الصينية التهابات الذيل الزحارية مع تقرح ثاقب فيه ويناسب هذا الشكل آفة تشريحية في الزائدة ويبدو بثلاث حالات كما اوضح ذلك غ · ايزار في تتبعه عن داء المتحولات ·

١ — يسير الزحـار بصفحته السريرية دون ان تبدو علامات خاصة تنم عن اضطراب في الأعور والذيل ·ولنذكر ان مقر الزحار المتحولي التشريحي هو الشرج والعروة السينية وعلى عكس ذلك فان استقرار المتحولات المخربة (الانتاميباهيستوليتيكا) واقع في مناطق الكولون العلوية وهي اقل تصادفا أو بالأحرى نادرة في الأعور · فلا يشعر المريض بآفة الذيل بل يكشف ذلك صدفة اثناء فتح الجثة ·

ب يتعرقل الزحار بتناذر التهاب الخلب الحاد ويعزى ذلك الى انثقاب المعى الغليظ حذاء قرحة زحارية متحولية وهي في الحقيقة ناجمة من انثقاب الذيل وقد ذكرهوير ولفوف حادثة كبيرة الدلالة ·

ج - والحالة الأخيرة هي انه يظهر في سياق سير الزحار علامات التهاب الذيل الدودي ثم يبدو التهاب خلبي على اثر انثقاب الزائدة فتشترك آفات الزائدة بآفات الأعور والكولون المتحولية وان مشاهدة هوير الجميلة ومشاهدة زكريا تميط اللثام عن هذا الشكل ·

٢ً — التهاب الزائدة الموهم وهو الذي يهمنا اكثر من غيره لأنه اكثر وقوعاً من الالتهاب الحقيقي ويجعل الطبيب متردداً في وضع التشخيص وتعيين الاستطباب ·

ينجم التهاب الذيل الموهم من تغير تشريحي في الأعور أو في الكولون الصاعد · وقد تقلد تقرحات الأعور الزحارية حسب رأي كرومب التهاب الزائدةوذكرروجرمن كالكوتاالخبيربالزحار المتحولي ان الزحار المستقرفي الأعور قد يسير متكتماً بدون علامات جلية في مناطق الكولون السفلية من شأنها تنبيه الطبيب بل تبدو فوراً بشكل التهاب الزائدة المكتمل الاعراض وهذا ما يجبر الجراح على البضع وقد اعترف زكريا كوب في كتابه انه بضع مريضين شخّص انهما مصابان بالتهاب الزائدة مع انه لم يشاهد بعد التوسط الجراحي الا التهاباً واضحاً في الأعور وقد ذكر زميله شويس الخبير بالأمور الزحارية ايضاً انه شاهد في كثير من المستشفيات توسطات جراحية على الزائدة مع انها بدت سليمة وكان مقر الآفات في الأعور وكتب موءلف

انكليزي آخر وهو ديك في مقالة شيقة عن الزحار في مصر ما نصه:

«يستحيل تمييز التهاب الزائدة الخفيف الحدة أو المزمن عن الآفات المستقرة في الأعور ما لم يفحص البراز فحصاً مدققاً بعد تجريع المريض كبريتاة المغنيزيا فكشف المتحولات والدم والقيح في المخاط البرازي يوضح التشخيص »

هـذا واذا كنا نكثر الشرح عن التشخيص الفارق فليست الغاية من ذلك ابداء اراء نظرية بل هي للفائدة العملية التي تجنى منه لأسباب :

اذا كانت الآفة التهاباً في الزائدة حقيقياً وجب البضع باسرع ما يمكن وهذا لا يمنع استعمال الأمتين واما اذا كانت الآفة التهاباً في الأعور متظاهراً بمظهر تناذر زائدي موهم كان اجتناب البضع واجباً لا بل كان التوسط الجراحي خطراً ايضاً وتكفي حينئذ المداواة بالأمتين .

لقد شاهد اطباء البلاد الحارة بعد الحرب الكبرى ان عدد الآفات الزحارية ازداد كثيراً وسيزداد هـذا العدد ايضاً مدة طويلة . ويجب ان نذكر دائماً انه قد يشاهد تناذر ذيلي موهم يكون الذيل فيه سليماً أو موءوفاً في سياق داء المتحولات المعوي عامة وفي سياق الزحار المتحولي خاصة (كارتوليس)

دُرس التناذر الذيلي الموهم درساً مدققـا في السنوات الخمس العشرة الأخيرة فقد بحث زكريا كوب في فصل الزحار المستقر في الكولون والأعور من كتابه عن التناذر الذيلي الموهم ما استنتجه من ابحاثه الشخصية بما يلي : (اوصي الجراحين المشتغلين في المناطق الموءة بالزحار ان يفحصوا البراز وان يعالجوا مرضاهم بالأمتين قبل ان يبضعوا مرضى يشكون اعراضَ التهاب الزائدة المرافق بتعجن في الحفرة الحرقفية اليمنى) وقد ذكرتنا كلماتِ زكريا كوب الرشيدة

حادثة ابنة طبيب ممتاز نقلها لنا رالي في مقـالته عن داء المتحولات المعوي في مصر ، اصيبت المريضة المذكورة بالزحار قبل ان تبدو اعراض التهاب الزائدة وشخّص في لوزان ان مرضها هو التهاب الزائدة الدودية المزمن فاستوءصلت زائدتها ولما عادت الى مصر عاودتها الاضطرابات المعوية وكشف الفحص المجهري في برازها غلف المتحولات فتكون المريضة قد بضعت اذن من اجل التهاب الذيل الموهم·

وكان المرض تناذراً ذيليا متحوليا موهما·وقد خصص جان فيف اطروحته المتعة بالزحار وتحسن مطالعتها لما فيها من الفائدة ويجب الاعتراف بان التشخيص الفارق لالتهاب الزائدة الموهم عن الحقيقي صعب ان لم يكن مستحيلاً اما الانذار فمنوط بإخطار الزحار·

ويجب ان نذكر بضع كلمات عن المداواة قبل ان ننهي البحث · المعالجة منوطـة بالتشخيص فاذا شخص الزحـار وجبت المداواة الطبية بالأمتين فاذا استمر التناذر الذيلي على الرغم من المـداواة بالأمتين وجب التوسط كما في التهاب الزائدة الحقيقي بدون ادنى تردد

وصفوة القول انه يجب علينا تقسيم داء المتحولات المعوي الى فصلين ١ — الزحار الحاد ٢— الزحار المزمن · فقد تلتهب الزائدة في الزحـار الحاد وتكوّن آفات تشريحية متحولية غير ان الاعراض تكون مختلفـة الوضوح وقد تسير علامات التناذر الزحاري والحادثات الخلبية التالية لانثقاب الذيل الذي يستقر فيه التقرح المتحولي·وتصادف حالتان في شكل الزحار المزمن آ —اعراض ذيلية معاصرة لآفات متحولية في الزائدة : التهاب الزائدة الحقيقي ب — تناذر ذيلي بدون آفة تشريحية في الزائدة : التهاب الزائدة الموهم ·

داء المتحولات الذيلي

بقلم الدكتورة بانايوتاتو

ترجمها الدكتور شوكة الشطي

اصبح داء المتحولات الزائدي معروفاً منذ ابحاث كارتوليس وموسغراف . وقد شاهد المؤلف الثاني في زوائد جثث المزحورين بداء المتحولات آفات في ١٤ حادثة وشاهد متحولات حية في ست حادثات وصادف كارل حادثات مماثلة واننا نرغب الآن في ذكر بعض مشاهدات خاصة تبين استقرار المتحولات في مناطق مختلفة وظهور الداء باشكال سريرية متنوعة

١ً - التهاب الزائدة الفائق الحدة ذو الشكل المواتي

السيدة بال . . . لها من العمر ٣٠ سنة اصيبت سابقاً بزحار شفي بالأمتين ولم تعترها اي علامة معوية منذ ثلاث سنوات ظهر معهـا منذ ثلاثة ايام براز مخاطي مدمى مع معص خفيف استشارتنا بشأنه . وكشف الفحص المجهري في البراز متحولات لذلك باشرنا المعالجة بالأمتين بمقدار ٠/٠٦ يومياً فتحسنت المريضة واخذت تنتزه فقل عدد البراز واصبح المخاط المدمى اقل غزارة واخبرتنا شقيقة المريضة في اليوم السادس انها اخذت تشكو معصاً فعايناها ولاحظنا ان وجهها ينم عن ألم وبطنها حساس ومتطبل قليلاً . وكان التحسس زائداً في نقطة الذيل الدودي فأوصينا المريضة باستعمال رفادات باردة كحولية أو الاستبراد بكيس الجليد فظلت الحالة في اليوم الثاني على ما هي عليه واستمرت الآلام طول الليل واعترى المريضة غثيان وقيء فاجرينا استشارة طبية مع

الزميلين سامي و بتر يديس فلاحظنا ان الآلام قد خفت وان التحسس في نقطة ماك بورنه هجع كثيراً فثابرنا على المعالجة بالأمتين ووضع كيس الجليد على البطن ثم جاءنا هاتفياً في الساعة الواحدة بعد الظهر ان المريضة اخذتها آلام غير محتملة في البطن مع اقياء وان حالتها ساءت فنقلت الى المستشفى وبضعها الحكيم بتريديس في الساعة التاسعة فشاهدنا ان الزائدة منتفخة يبلغ طولها خمسة سنتمترات وممتلئة قيحاً وان نهايتها متغنغرة فحصنا القيح مجهرياً فبدت فيه متحولات و كشفت في مستنبته مكورات عقدية وعنقودية ثم اخذت حالة المريضة تسوء على الرغم من التوسط وما لبثت ان بدت علامات خلبية وارتفعت الحرارة واعترى المريضة حصر وفواق عقبه الموت بعد ثلاثة ايام ٠

٢ – التهاب الزائدة المزمن الزحاري الموهم

ر ٠ سين ٠ فرنسية متزوجة بمصري عمرها ٣٥ سنة اصيبت منذ ثلاث سنوات باضطرابات رحمية ولم تسبق اصابتها بمرض ما الا بزحار اعتراها بعد وصولها للاسكندرية ببضعة ايام وشفيت بسرعة وقد اشتكت بعد اربعة اشهر فجأة قولنجات جديدة شديدة جداً وتبرزاً مخاطياً مدمى عولجت من اجله معالجة نوعية ثم اخذت تعاودها النوب الزحارية مرة كل اربعة أو خمسة اشهر وكانت تعالج بالأمتين فتشفى شفاء موقتاً ٠ ثم اخذت تتبع حمية خاصة خشية نكس المرض وارتداده ٠ وقد اعتراها يوماً نوبة شديدة فعاينها الحكيم الاميركي بروك وشخص اصابتها بالتهاب الزائدة ونقلها الى سريريات كلاراكي فبضعت في اليوم الثاني و بدت الزائدة منتفخة ومملوءة قيحاً وانها على وشك الانثقاب وكانت عواقب العملية حسنة فشفيت ولم يعاودها المرض منذ سنتين ٠

٣ – خراج ما حول الأعور المتحولي المتمثل بالتهاب الزائدة

نشرنا هـذه المشاهدة في جمعية الأمراض الحارة في باريز وهي مريضة للحكيم سامي بضعها الحكيم ميلوما من اجل التهاب الزائدة فبدت سليمة ليس فيها اقل علامة للالتهاب ولكنه شاهد حول الأعور مجمعا قيحيا فيه قيح مخضر كشف الفحص المجهري فيه متحولات حية واظهر الاستنبات طهارة القيح من الجراثيم · افرغ القيح وعولجت المريضة بالأمتين فشفيت ·

. . . . .

يستنتج من هـذه المشاهدات الثلاث ان المتحولات تستمر في الزائدة مستعمرة اعضادهـا على الرغم من تحسن الاضطرابات المعوية تحسنا ظاهريا أو حقيقيا · وقد يتبع هذا الاستقرار سيراً سريعاً فيحقق صفحة سريرية تشابه بكل صفاتها التهاب الزائدة المواتي المعروف وهي خطرة مثـله · وكان سير النوب الزحارية ونوب الزائدة عجيبا في الحادثة الثانية · والمشاهدة الأخيرة مثـال لصعوبة التشخيص الفارق لالتهاب الزائدة عن التهاب الأعور المتحولي ·



اشكال الكباد المتحولي الشاذ

بقلم الدكتورة بانايوتاتو

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

لا تزال بعض اشكال الكباد المتحولي المتقيح الشاذة مدعاة الى الارتباك على الرغم من ان هذا الداء معروف منذ عهد طويل · وفيما يلي بعض الأمثلة :

أ – الشكل التيفي

فاطمة ··· مصرية عمرها ٣٨ سنة متزوجة ولها ثلاثة اولاد متمتعون بصحة جيدة ، اصيبت منذ بضعة اشهر باضطرابات معوية كولونية وباسهالات متناوبة مع امساك وكان يظهر في البراز حيناً بعد آخر مخاط مدمى شبيه بمدقوق البطاطا واعترتها منذ اسبوع حمى ليلية الزمتها الفراش وهي في الوقت الحاضر منهكة لسانها متكثن تشكو صداعاً وغثياناً ودواراً درجة حماها ٣٨ وقت الظهر وتزداد مساءً بطنها متطبل قليلاً كبدها ضخمة تتجاوز حافة الضلوع باصبعين ، طحالها ضخم · وتسمع بعض خراخر منتشرة في الرئتين ولا سيما في القاعدتين وفي اليمنى منهما · القلب طبيعي ، النبض منتظم وممتلئ عدد دقاته ٩٢ التلازن المصلي مع العوامل التيفية والمكورات المالطية سلبي · عدد الكريات البيضاء ٢٢٠٠٠ في الملمتر المكعب فلا مجال اذن للشك في الحمى التيفية ثم بدت عرواء مساءً وعرق ليلي وتحسس شديد بقرع المراق الايمن وجسه مما يدل على الكباد ·

بزلت الكبد بزلاً استقصائياً فأخرجت بضع قطرات قيحية وفحص البراز فظهرت فيه غلف متحولات ٠ حقنت العضلات بـ ٠٦/٠ أمتين صباحاً ومثلها مساء وجدد بزل الكبـد في الورب التاسع على الخط الأبطي فخرج قيح لونه شبيه بالشكولاتا حقنت الكبد بـ ١٢/٠ أمتين فتحسنت حالة المريضة في اليوم الثاني ونقص حجم الكبد وخف احتساسها ٠ وثوبر على المعالجة بالأمتين خمسة عشر يوماً واستعمل الستوفرسول فطهر المعاء٠

(مشاهدة الدكتور بالاسوبولوس)

حادثة مشابهة للسابقة تماماً مثلت الحمى التيفية بصفحتها السريرية وقـد بدا تفاعل فيدال سلبياً مرتين٠وازداد عدد الكريات البيضاء في الدم واصبحت الكبد حساسة وضخمة فتجاوزت حافة الاضلاع مما يدل على التهابها وقد اكد ذلك الشفاء بالأمتين٠

(مشاهدة الدكتور بتريديس)

مريضة بضعت منذ سنة لاصابتها بسرطـان دخلت المستشفى مصابة بحمى مرتفعة وحصر واسراع نبض وصغره ففكر الدكتوراولاً بالاستعمار السرطاني غـير ان فحص الدم كشف ٤٠٫٠٠٠ كرية بيضاء وازدياد الايوزينيات ازدياداً شديداً ٨ ٠/٠ وبمـا ان حالة المريضة كانت سيئة لا تجـيز التوسط الجراحي فقد امتنع عنه وماتت في اليوم الرابع وفتحت جثتها فشوهد في كبدها ثلاث خراجات كشف في قيحها متحولات ٠

ان صفحة الحمى التيفية في هذه الحادثات الثلاث تبدو بارتفاع الحرارة بين ٣٩ – ٤٠° ، وجفاف اللسان وتكتنه وتطبل البطن ، والذهول والهذيان والغثيان

والاقياء ، وازدياد حجم الكبد وضخامة الطحال وخراخر تنفسية واسهالات ·
واذا لم يمت المريض في الاسبوع الثاني كما في المشاهدة الثالثة حيث كان السير صاعقاً ، بكون المشهد السريري مشابهاً في جميع نقاطه لمشهد حمى تيفية خطرة فعلى الرغم من تموج منحني الحرارة وعدم انتظامه فان صغر النبض واسراعه والنوم المشوش والهذيان والصداع الشديد وجفاف اللسان توقع في الخطاء ولا سيما اذا لم يظهر ألم في الكبد ولم يكن للزحار اثر غير ان تعداد الكريات البيضاء والبزل الاستقصائي وفحص البراز المتكرر ينير طريق الطبيب ويهديه الى التشخيص القويم ·

ب — الشكل البردائي

مشاهدة الدكتورة بانايوتاتو

اميلي ف ·من شيبربوت مرّ عليها خمسة وثلاثون ربيعاً متزوجة ولها ثلاثة اولاد اصحاء استشارتنا في السريريات شاكية نوب حمى وعرواء وعرقاً غزيراً · وقد اصابها منذ سنتين زحار شفي بالأمتين · واعترتها منذ ذلك الحين نوبتا التهابات معوية كولونية عولجت بأدوية مختلفة · المريضة شاحبة اللون فقيرة الدم ، تعتريها منذ عشرة ايام نوب حمى يومية تصحبها عرواء وعرق غزير· تبلغ الحرارة في المساء حتى ٣٩٫٦ الكبد مؤلمة تتجاوز الضلوع بأصبعين ،الطحال ضخم قليلاً وحساس بالجس العميق و تبدو في نصفي الصدر خراخر منتشرة عولجت المريضة بحقن الكينين فلم تشف، البراز طبيعي اذا صدقت المريضة وقد فحص مجهرياً فكشفت فيه غلف المتحولات وبعض متحولات ميتة ولم تبد في فحص الدم حيوانيات دموية وظهر عدد الكريات البيضاء زائداً·

حقنا المريضة بـ ١٢ ٠٫ أمتين فتحسنت في اليوم الثاني وهبطت الحمى الى ٣٨°
واخذنا نحقن المريضة يومياً بـ ١٢ ٠٫ مدة اسبوع فتم الشفاء وطهر الانبوب
الهضمي باعطاء حبتين من الستوفرسول في كل منها ٢٥ ٠٫ يومياً مدة ١٥ يوماً ٠

تشبه هذه الحادثة مشاهدات سيمونن وشتمس وورودريكر ولوغران فلم يعد
من شك ان داء المتحولات الكبدي قد يقلد الانتان البردائي ومما يضلل الطبيب
اصابة المريض سابقاً ببرداء واقامته في بلاد موبوءة بها غير ان فحص الدم يجلو
الأمر ويثبت طبيعة المرض والمداواة التجربية لا تترك مجالاً لأي شك
ويجب دائما الافتكار في داء المتحولات في البلاد الموبوءة تحاشيا
للوقوع في الخطاء ٠

درس حالة يرقانية

اثناء سير الزحـار المتحولي

للدكتورين

ج · ترابو و عبد القادر الصباغ

استاذ السريريات البطنية في المعهد الطبي وطبيب المستشفيات العسكرية بدمشق

طبيب في الجيش الفرنسي السوري

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

ه · ر · · · جندي تونسي من فرقة الرماة العشرين دخل المستشفى العسكري في دمشق في ٢١ ايلول سنة ١٩٢٦ لمرض انتابه منذ ثلاثين يوما ، فهو يشتكي بطنه و يتغوط ٦ - ٧ مرات يوميا مع زحير وطحير ، مواده الغائطة صفراوية اللون سيالة ، فيها جلط مخـاطية ودم · فحصها المجهري اظهر متحولات حية عديدة ، حقن الوريد بالأمتين اخفى الاسهال ، والالام البطنية بسرعة ، الحرارة اخذت في الهبوط اذ كانت تصل في البدء حتى ٣٨—٣٩ ·

و بيت القصيد في موضوعنا هو اننا كنا نلاحظ في المريض ان الحـالة اليرقانية الواضحة تمام الوضوح التي كان مصابا بها كانت تخف رويداً كلما خف الزحار ، وقد كانت تبدأ فيه منذ الالام البطنية الاولى متصفة بتلون الجلد والملتحمات بالصفرة ، بدون الم ما حذاء الكبد أو المرارة و بدون ملاح صفراوية ولا اصبغة طبيعية في البول بل كانت فيه كمية محسوسة من صفراء البـول

(اورو بيلين) وكان هـذا اليرقان على ما نظن من منشاء دموي ٠ ومنه يعلم ان المتحولات تميل الى خلايا الكبد وهو الأمر الذي يدفعنا الى متابعة درس اليرقان الناجم من داء المتحولات والمخالف للحالة المألوفة والمسبب على ما يظهر من حادث آخر غير اصابة الغدة الصفراوية ٠

وهذا الدرس الذي عليه مدار بحثنا الآن افضى بنا الى النتائج التالية :

التعداد الكروي ك٠ح ٠٠٠ ٩٠٠ ٣٦٩٠ والصيغة الكروية ك٠ب ٩٦٨٠٠

كثيرات النوى ٠ ٠ ٠ ٠	٥٦ ٪
وحيدات النواة ٠ ٠ ٠ ٠	٤٤ ٪
خضاب الدم ٠ ٠ ٠ ٠	٨٠ ٪
القيمة الكروية ٠ ٠ ٠ ٠	٩١ ٪

المقاومة الكروية في المحاليل الملحية : طبيعية ٠

تحري الحالات (ليزين) المختلفة : سلبي ٠

فيستنتج من هذه النتائج ان اليرقان الذي ندرسه الآن لم يكن من منشإ كبدي كما انه لا يمكن ادخاله في صف اليرقانات الدموية المنشإ (اليرقانات الناشئة من عطب الكريات الحمراء أو اليرقانات بانحلال الدم (I. hémolysinique) ٠

هذا وقد كشف احدنا النقاب عن نوع من اليرقان شبيه بما ذكر لاحظه في الصولة الاولى من البرداء في مريض ، ويظهر من آلية تكونه انه يجب ان يعزى الى خراب الكريات الحمراء خراباً آلياً قامت به عرائس الحمى الثلث الخبيثة (gamètes ds la tierce maligne) وقد دعا هذا النوع من اليرقان :

اليرقان الهادم للكريات الحمراء (I. érytrophtorique)

وإمراض اليرقان في مريضنا شبيه بذلك اذا انه لم يكن بردائيـاً لنفتكر بالبرداء (لان المريض خال من السوابق البردائية وضخامة الطحال والحييوينات الدموية) ٠

ومما يخطر ببالنا سؤال ، وهو أليست المتحولات حلماً كحييوينـات لافران الدموية ، أو ليست مثلها هادمة عظيمة للكريات الحمراء ؟؟ اذ في الحقيقة رغماً عن المعالجة المصلحة التي شفت مريضنا في بضعة ايام فانه فقد من الدم زهاء ١٫٥٠٠٫٠٠٠ كرية حمراء في معشار المتر المكعب دون ان تضيع الكريات البـاقية نسبتها من خضاب الدم ٠ أفليس هذا من علائم الخراب الكروي الناجم من آلية طبيعية ٠

وهكذا يفتح فصل جديد في باب اليرقانات الدموية المنشإ الناجمة من خراب الكريات الحمراء المباشر الذي تحدثه الحلم(protozoaires)المولعة بالدم

تنقلات متحولية نادرة

للدكتورة باناپوتاتو
الحائزة على قصب السبق من مؤسسة فرنسة
ومديرة مخبر المستشفى اليوناني في الاسكندرية

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي (طالب طب)

لقد اصبح داء المتحولات المعوي وداء المتحولات الكبدي وداء متحولات المسالك التنفسية من الامور المسلم بها ، والشائعة في كل قطر ومصر . وها نحن نقدم لكم ضمن موضوعنا هذا معرضاً نريكم فيه مجموعة تنقلات ناشئة من النتن المتحولي .

فنذكر اولاً شيئاً عن خراجات الدماغ التي قد اصبحت اليوم معلومة تمام العلم ، رغماً عن قلة حصولها ، اذ ان اعراضها قلما تختلف عن اعراض خراجات الدماغ الاخرى ، والتي هي اولاً ألم رأس شديد ، محدود أو متعمم في جميع الجمجمة ، لا يخف الا بالمورفين او بوضع خريطة [1] الجليد (sachet de glace) على الرأس ، واحياناً وذمة خفيفة في الجفنين تمتد اخيراً الى الوجه (لوغرند) ثم اقياء وضياع الرشد وتشوش الحدقتين (اذ يصبح تفاعلهما بطيئاً) ، وبالبزل القطني الذي ينصب فيه مائع لونه كلون مائع القيلة المائية مع ايضاض دم خفيف

(١) الخريطة هي وعاء من جلد يضع الراعي فيها زاده فهي اقرب للمعنى المطلوب من كلمة محفظة اه (المترجم)

(leucocytose)، و يضاف الى هـذه العلامات عـادة اعراض الاستقرار داخل الدماغ ٠

ان سير المرض سريع جداً ، اذ يحصل الموت في نوبة سبات بعد اسبوع أو اسبوعين ، واسرع من ذلك اذا كان المجمع القيحي حاصلاً في البطينات ويفتكر في السبب المتحولي اذا عرف (من استجواب المريض المجرى حسناً) انه اصيب بسوابق مرضية زحارية أو التهاب كبدي زحاري وكان الطبيب عالماً بان استقرار داء المتحولات في الدماغ بعد اشهر حتى بعد سنين من الاصابة بالزحار أو بعد توسط كباد متقيح أمر ممكن الحدوث ٠ فيظهر من ذلك ان التشخيص مستصعب ولا يستطاع وضعه الا بعد بزل القطن وفقد الحمى والسوابق المرضية ووجود الغلف في البراز والانذار وخيم جداً الا اذا علم المرض باكراً فيكون انئذ التوسط الجراحي خير سبيل الى تخفيف شدة الانذار

اما الاستقرارات في الجهاز الدوراني فهي ثانوية عادة اذ ان خراج فص الكبد الايسر ينفتح على التأمور كما شاهد ذلك سامبوك في تونكين (الصين) وباتريديس في مصر ٠ وقد حدث من هذا النوع ٢٤ وقعة في جميع العالم الطبي حتى الآن ٠ والموت هو العاقبة الوخيمة عادة بسبب انبثاق القيح في التأمور اذ يعتري المريض انئذ ألم شديد حول التـأمور يأتيه فجأة ، ولا يلبث ان يختطفه من عالم الحياة في بضع دقائق ٠ ومع ذلك فلا يعلم التشخيص الا بعد فتح الجثة اذ من الشاذ الاّ يكون الموت وهلياً ولكن الزلة وضعف غماغم القلب والنبض الخيطي الشكل كل ذلك ينبهنا الى ملاحظـة طبقة القلب المصلية التي قد تملي علينا تشخيصاً قابلاً للاحتمال كما هي الحـوادث التي صادفها زانكارول

ودوماس ، وشوفاليه ، ودو كاسترو ٠

ومن الاستقرارات النادرة الاستقرار الطحالي الذي يكون تالياً لاصابة كبدية أو يظهر كنتن اولي ، وعلى كل حال فأعراضه الاساسية هي الحمى والالم المستقر في المراق الايسر والتورم في الناحية ذاتها ومما يساعدنا على وضع التشخيص وجود مجمع قيحي في الكبد أو وجود زحار معاصر أو متقدم ٠ كما في الحالات الثلاث التي شاهدها كارتوليس ، و براستون ما كسويل ، وعرقتنجي ، واسماعيل

اما داء المتحولات البولي فسيكون البحث الأتم علماً فيما اذا تحري بانتظام اذ صادف التهاب المثانة فيشار ١٨٨٣ وجورغانس ١٨٩٢ وكارتوليس ١٨٩٣ ونحن صادفناه في مصر في كانون الثاني ١٩٢٣ وباتزاتي وجده في تموز ١٩٢٢

وصادف التهاب الكلية لأول مرة كاياس في مخبر الاسكندرية الاربعيني بنسبة ٠٢ ٩ ٠/٠ من حوادث الزحار المتحولي ، ثم غيد صادفه بنسبة $\frac{٢}{١٩٢}$ وسامبوك صادفه بنسبة $\frac{١}{١٠٢}$ كما ان بتريديس كاربونارو ونحن وباتزاتي في مصر ، وشوفاليه وسوليه في سورية ابدينا امثلة عديدة على ذلك ٠

ومن الاستقرارات المتحولية النادرة بل الشاذة الاستقرارات التناسلية : فخراج المبيض كشفه ويليامسون وباريس في مريضة اصيبت بالزحار وقد ثبت وجود المتحولات في قيح الخراج وفي البراز في آن واحد والعملية ابدت التصاق الغدة المذكورة بجدر المعاء ٠ والتهاب الخصية والبربخ صادفه وورتان ١٩٢٢ في مزحور مزمن وقد تبين بعد خزع هذين العضوين ان المتحولات كثيرة فيهما ٠ ووجد هيناس هذا الطفيلي في المائع المنوي ١٩٢٣ ٠

ومن الممكن ان نفهم جيداً حصول داء متحولات الجملة البلغمية فقد لاحظ جوب وسبيك دخول متحولة في العقد الماساريقية في مريض كان يدي تنقلات كبدية · ووجد وانيون الطفيلي سائراً في الاوعية البلغمية الماساريقية في هرة لقحت به في معائها المستقيم · وكشف فلوسنة ١٩١٠ مشهداً هو من الاهمية بمكان اذ وجد ورماً بطنياً لا يقل وزنه عن ١١٠٠ غرام في مزحور اصيب بعدة خراجات كبدية وقد كان الورم مشكلاً من كتلة عقد في قسمها المتميع المتحولات الزحارية الكثيرة الحية والمائتة · ووجد كل من كوفواد وسافي وباهري في سنة ١٩٢٢ متحولات زحارية في ذات العقد في ثلاثة مرضى كانوا مصابين بمرض هودكن (تورم العقد البلغمية السطحية والعميقة) · واخيراً فقد وجدنا نحن هذه المتحولات في العقد الاربية ايضاً ·

وتصاب الغدد ذات الافراز الداخلي بالمتحولات كما وجدنا ذلك في مريضة اصيبت بالتهاب الثدي المتحولي اثناء سير ذات القصبات المتحولية فيها ، وقد اعلنا هذا الحادث في المجمع العلمي الملكي البلجيكي سنة ١٩٢٣ ووجدها ايضاً فيليبس في التهاب النكفة ·

ووجد داء المتحولات في الصقل العظمي ولا سيما ضلوع الصدر الملامسة لخراج كبدي حيث صادف لوكونت اربعة مشاهد من هذا القبيل وذكر كارتوليس تنقل داء المتحولات في عظم الفك الاسفل وروى كوفواد وسوازي حادثة التهاب العظم والمفصل المشوه والمنخر ظهر فيها هذا الحيوان الابتدائي بالفحص المجهري ·

ولا يظنن ان العضلات منزهة عن الاصابة بداء المتحولات فقد صادف

سارب ومور يسون عدة خراجات في ذراع مريض وفخذه اليمنى واليته اليسرى وقد شفي منها بالحقن بالأمتين .

كما انه يمكن كشف المتحولات في جروح خراجات كبد المزحورين المدنفين كثيراً كما اتى ذلك في مشهدي تاريني ومشهد داغورن وهيمان حيث كان يبدي جلد المريض جرحاً اتكالياً تسبح المتحولات في قيحه ، وقد اتى ذلك في مشهد مـاكسويل (في فورموزا) الذي رأى المتحولة في مفرزات النواسير الشرجية .

. . . .

اذن يستنتج من كل ما تقدم ذكره انه يمكن ان تصل المتحولات الى كل عضو من الجسد بواسطة الطريق الدموي والطريق البلغمي وان ذكر مشاهدتنا التالية تحل لنا هـذا الموضوع نوعاً ما وتضعه في قالب واضح . وهي ان امرأة يونانية ابدت علامات قصبية وكلوية بعد اصابتها بزحار مختلط مع كباد مؤلم بمدة ثلاثة اشهر وقد وجدت المتحولة في برازها و بصاقها وقيح بولها « والأمتين أخضعها حالاً للنظام الطبيعي » .

قولنجات كبدية موهمة في مزحور مزمن

شفيت بالأمتين وبمركبات الارسنوبانزين

للدكتور عبد القادر الصباغ

طبيب في الفرقة السورية

ترجمها السيد عبدالحميد العلمي (طالب طب)

لقد وضعت اشكال داء المتحولات المزمن الشاذة في يومنا الحاضر موضع الدرس والتمحيص ، اذ كل يوم نرى منها حوادث جديدة ، غريبة في بابها ، تحير عقول الاطباء الممارسين في البلاد التي يتوطنها داء المتحولات ، وتبلبل عليهم علمهم ، اذا لم يضعوا في مخيلتهم فكرة الانتان المتحولي الممكن ، واذا لم يجروا الفحوص المخبرية اللازمة لمرضاهم · ويحقق قولنا هذا المشهد الذي سنرويه لكم وهو يعد من اعظم الحوادث وقعاً في بابه ويصعب دمجه في قائمة الحوادث النموذجية :

مريض يشتكي ألماً منذ ستة اشهر في ناحيته القطنية اليمنى وعلى مستوى عمود الفقار · تعتريه هذه الآلام نوباً متقطعة مختلفة الشدة ، تشع طوراً للأعلى نحو كتفه اليمنى وتارة للأسفل نحو خاصرته الموافقة · وقد استطب لألمه من عدة اطباء فجزموا جميعهم بحصاة المرارة ولكن الفحص الشعاعي نفى ذلك لانه لم يظهر أي تبدل في المرارة أو الكلوة · وقد استمرت الآمه شديدة على الرغم من المعالجات المختلفة التي اعطيها حتى انها لم تخضع للمورفين ·

استطبني المريض في مخبري فبعد استفسار سوابقه المرضية عرفت انه كان مصاباً منذ ست سنوات بزحار متحولي اصلح بالأمتين اذ ذاك ولم يكن

مصاباً بالزهري وتفاعل واسرمان فيه كان سلبياً ·

وصلني المريض في اثناء نوبته عابس الوجه شاحبه ، والآلام اضنت قواه وعرق بارد يبلل جبينه ، وظهره محدودب كأنه الشيخ الهرم ، ضاغطاً بكلتا يديه ناحية كبده تخفيفاً لألمه ·

فحصته فلم يجدني الفحص المجمل شيئاً ، فافتكرت حينئذ في اصابته بالزحار سابقاً ، فحصت غائطه انئذ فظهر لي فيه عدد غير قليل من غلف المتحولات ، مع انه لم يكن مصاباً بأي خلل هضمي معوي ، بل كان تغوطه طبيعياً ·

وصفت له الأمتين حالاً فكانت الحقنة الاولى سبباً في ايقاظ اسهال مدمى مع قولنجات معوية غير انها ما لبثت ان اختفت في الايام التالية ·

ولكيلا تعاوده تلك النوب القولنجية المؤلمة التي اقضت مضجعه ، وسلبت راحته ، وجعلت حياته تعسة طيلة ستة اشهر مضت ، اتبعت الأمتين بمركبات الارسنوبنزول حتى كدت اعقم غائطه مما كان فيه ·

· · · · ·

ولسنا على ثقة من تعليل سبب هذه النوب المؤلمة التي شاهدناها أهي ناجمة من آلام حاجزية مولدة من احتقان الكبد الذي لم ندركه ؟ مع ان الكبد لم تكن ضخمة ابداً · أم هي حاصلة من التهاب المرارة المتحولي الذي يتكلم عنه الباحثون في هذه الآونة الاخيرة ؟ اننا لا نستطيع ان نبدي جواباً ومهما يكن فان التناذر الذي رأيناه ذو قرابة مع قولنجات الكبد والامر الذي لا يجوز الشك فيه هو الصلة الكائنة بين العامل المسبب لتلك الالآم وبين داء المتحولات الدفين المجهول

بعض معلومات عن داء المتحولات في مصر

للدكتور يوسف خوري

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

ان الشكل المعوي لداء المتحولات هو التظاهر الأكثر وقوعاً سواء أفي مصر أو في البلدان الاخرى حيث المتحولات بلدية · وقد بينت في تتبع حديث قدمته الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريس بحثت فيه عن اسباب الزحار المصري واهمية الانتان بالمتحولات المخربة والانتاميبا مينوتا وانواعها ومعدل اصابة السكان بهما المتناقص تناقصا تدريجيا منذ سنة ١٩٠٣ حتى ١٩٢٧ ·

نسبة الزحار المتحولي من سنة	١٩٠٣ — ١٩١٦	٢٨ ./.
« « « « «	١٩١٧ — ١٩٢١	١٧ ./.
« « « « «	١٩٢٢ — ١٩٢٧	٩٦٥ ./.

واوضحت في الوقت نفسه ان هبوط هذه النسبة كان مناسبا لانتشار الأمتين لا فيما يتعلق بالزحار فحسب بل بعراقيله ايضا ولا سيما خراج الكبد الذي عاد نادراً في هذا البلد

وذكرت التتبعات المنشورة في مصر منذ عام ١٩٢٣ لاستقرارات الزحار الثانية الكلوية والرئوية وقد سبق المؤلفون الى ذكر هذه العراقيل منذ عهد طويل غير ان الطفيليين لم يكونوا ليسلموا بها ومنذ ذلك الحين نشر السريريون والمخبريون ولا سيما في الاسكندرية حالات كثيرة حتى ان البعض اخذ يتساءل عما اذا كانت هذه الحالات متحولية المنشاء ·

وقدمت عام ١٩٢٤ الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريز بحثا عاماً عن البيلة الدموية في مصر مستقاة من ٥٠٠٠٠ تفسرة اجريت خلال ٢٥ سنة وظهرت بيلة الدم في ٥٩١ منها وكانت اسبابها داء البلهرزيا وداء العرق المدني والحصى .. الخ ؛ بقيت بعض البيلات الدموية مجهولة السبب ونسبتها ٤ ٪ .ولم يخطر في بالي خلال السنوات الطوال الآنفة الذكر ان السبب قد يكون استقرار المتحولات في الطريق البولي الا قبل الادلاء بمذكراتي ببضعة اشهر لانني لم افكر في كثرة المتحولات خارج الامعاء بعدان انتشر الامتين واخذ الاطباء يستعملونه في ما يشك بطبيعته الزحارية وبعد ان قلة نسبة اصاباته كثيرا

والآن بعد ان تقضيت خمس سنوات متوالية في الاسكندرية في شكلي داء المتحولات المثاني الكلوي والرئوي يمكنني ان ابدي رأياً خاصاً فيهما

داء المتحولات المثاني الكلوي

باشرت البحث منذ عام ١٩٢٤ وبدأ بثلاث حادثات التهاب حويض وثلاث حالات زحار متحولي وحادثتين بيلة دموية . لنبحث في من اصيبوا بالتهاب الحويض . ان المتحولات لم تكشف في رسوب بولهم المتبذ حديثاً . اما بيلتا الدم فقد ظن انهما ناجمتان من المتحولات على ان السير والاستقصاء الشعاعي اثبتا ان الاولى كانت ناجمة من ورم مثاني والثانية من التهاب مثاني بلهارزي تحسن قليلاً بالامتين ولم يتغير منظر الرسوب النسيجي .

وقد رأيت هنا وفي اكثر الافرازات البولية أو القصبية بعض اشكال خلوية لا بد من التنبيه اليها لانها تصادف كثيراً وتوقع المختبر غير المتمرن في خطإ فاضح . فهذه الخلايا مدورة عادة فيها مندرجات غريبة عنها كريات

حمراء أو غيرها وهي تتحرك احياناً كحركات القبان دون ان تبدل مكانها وتزول هذه الحركة بسرعة أو تدور على نفسها فتهبها منظراً خاصاً كلما تبدلت وضعتها(حاشية زجاجية ،هيولى محببة كريات حمراء ،مدرجات ... الخ)وتشابه بمنظرها المجهري هذا اشكال بعض المتحولات الكيسية أو الآخذة بالتكيس. وما هي في الحقيقة الا كريات بيضاء وحيدة النواة كبيرة و بلعمات تعرف طبيعتها بفحص مدقق بعد التلوين بالهماتو كسيلين الحديدي أو عند الحاجة بالاستنبات في مستنبتات خاصة وقد فحصت بعد ذلك بول كثير من المصابين بالتهاب المثانة القيحي او بيلة دموية بيلهارزية غير مرافقة باستقرار الطفيلي في الطريق البولي والتهابات حويض في اشخاص مصابين بزحار متحولي ناكس . فشاهدت الخلايا المبحوث عنها وقد ظنوها متحولات في مخابر اخرى على اني لم ار ولا في مرة واحدة متحولات حقيقية .

وبعثت حديثاً الى جمعية امراض البلاد الحارة في باريز بحادثة بيلة دم استمرت اكثر من ٢٧ عاماً وانتهت باصابة المريض بسرطان الطرق الصفراوية وموته وقد سبق ان اصيب هذا المريض بداء المتحولات (زحار عقبه بعد عامين خراج كبد) وقد شاهدوا في البول متحولات من النوع المخرب. واقروا التشخيص التهاب المثانة المتحولي فعولج المريض مرتين بالأمتين معالجة جدية واعطي ادوية نوعية اخرى (ياترن ، ستوفرسول ، سالارسون ، ارسنو بنزول) ولم تتحسن بيلة الدم على الرغم من كل ذلك . فحصت مثانته بمنظار المثانة فرأيتها سليمة غير ان الكلية اليمنى كانت مريضة (دفق بول ممزوج بدم من فوهة الحالب الأيمن) وقد قيض لي ان افحص بول هذا المريض

المدمى اولاً مراراً في السنين الأربع التي سبقت موته وفي حالات مختلفة فلم اشاهد غير الخلايا الوحيدة النواة السالفة الذكر ولم ارَ المتحولات ولا مرة واحدة مع ان احد زملائنا في الاسكندرية اثبت وجود المتحولات على اني شاهدت مرة واحدة في رسوب البول طفيلياً مشابهاً للمتحولات وقد اوضحت في بحثي الذي قدمته لاسباب عديدة انه من نوع الدويبات المشعرة (trichomonas) هنا ما لاحظته في التهاب الحويض والمثانة الزحاري لنرَ الان الانتانات الرئوية الزحارية (ذات القصبات الزحارية)

لم اعثر على المتحولات في قشاعات حديثة العهد محفوظة في اوانٍ معقمة الا في حالة واحدة سأتكلم عنها بعد حين وقد كنت اراقب الحوادث التي كان شخصها الزملاء الاخرون آفات زحارية تنفسية فكانت نتائج فحوصي معاكسة دائماً لتشخيصهم كما كان عليه الامر في زحار طرق البول · وقد اشتد خلافي مع احد الزملاء الذي شاهد في المستحضر عدداً كبيراً من المتحولات مع انني لم ارَ فيه اثراً لها بل نظرت فيه مكورات عقدية ورئوية ومات المريض على الرغم من المعالجة بالأمتين متأثراً من جناب وذات رئة رافقها اخيراً انسكاب قيحي اما الحادثة التي شاهدت فيها المتحولات في القشاعات فهي واقعة ابنة مصرية ارسلها الي زميل ظاناً انها مصابة بداء البريميات القصبي لكستلاني ·

وكانت القشاعات مخاطية ابتليالية مدماة قليلاً (وردية) فشاهدت فيها بعض متحولات نباتية غير مخربة للدم متحركة (درجة حركتها متوسطة بين حركة المتحولات الكولونية والمتحولات المخربة) لا تقطع مسافة كبيرة هيولاها تظهر ثابتة نواتها محيطية ولا ترى الا فيما ندر ، حجومها بين ١٢ ميكراً طولاً

و١٠ ميكرات عرضاً ومساحة غلفهـا ١٠ ميكرات ولها ثلاث نوى وجسيم مركزي صغير مدور وبدا الكروماتين متكثفاً في محيط النواة على هيأة صفائح بيضية الشكل في النواة ويدو تارة مشععاً وليس هنـاك اشباه الكروماتين ولا مدرجات غذائية ولا نقاعيات ولا جراثيم في الهيولى ٠

ان هذه المتحولة تشبه بصفاتها الشكلية المتحولة الكولونية وهي ما ذكره المؤلفون تحت اسم المتحولة اللثوية (A.gingivalis) وهي سبب التهـاب اللثة التي كانت المريضة مصابة بها وقد تحققت ذلك وثبت لي انها لا علاقة لها مطلقاً بالقصبات وكان التهاب القصبات ناجما من المكورات الدقيقة النزلية لفرنكل ولم اعد ارى المتحولة في السائل المدمى المستخرج من اللثة مـع اننا لم نستعمل مداواة نوعية ٠

يستنتج مما اسلفناه ان الواجب يقضي علينا برد بعض المشاهدات عن داء المتحولات خارج المعى ولا سيما داء المتحولات الثاني الكلوي والقصبي ٠

خلاصة موءتمر بوردو

الصداعات

-٦-

للدكتور انستاس شاهين
رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

الصداعات العصبية

قد تصيب آلام الرأس المختلفة المناشئ باطن القحف او اقسامه الخارجية كما ان بين الصداع العميق الذي يصفه المريض كألم مستقر في مركز دماغه والالم الظاهر الذي تصفه العامة بألم الشعر اشكالا من الصداع كثيرة الانواع تختلف باختلاف الطبقات المؤلفة للقحف وما يحتويه ٠ وعلى الرغم من ان بعض انواع هذه الصداعات الظاهرة لا تشبه قط بصفاتها العامة ما وصفناه حتى الآن من الصداعات حتى انها لا تستحق ان تدعى صداعا فهي ليست سوى آلام عصبية بسيطة قلت على الرغم من هذا فان منها ما يكون اكثر انتشاراً واطول امداً وتتخلل نوبته الآم عميقة يستحق بها ان يدعى صداعا مع كون منشأه في الاقسام الظاهرة من القحف ٠

١ — المنابع القحفية الظاهرة

لو تركنا رضوض القحف وما تحدثه من النزف والالتهاب الموضعي جانبا

وبعض الانتانات المحدودة ومن جملتها الحمرة التي تأخذ هنا شكلا سريريا خاصا تبقى امامنا امراض الاعصاب القحفية وبعض المظاهر التي تأخذ شكلا خاصا في نسيج القحف يجدر بنا ان نأتي على ذكرها بشيء من التفصيل ٠

يصيب اعصاب القحف من الآلام ما يصيب غيرها وتنتشر في النواحي التي يعصبها العصبان فوق الوقب والقفوي الكبير٠ وقد يصاب هذان العصبان بالتهاب عصب ذي شكل تخربي تتبعه اختلالات حسية تظهر جيداً بالفحص السريري ٠ وقد تصاب اعصاب القحف ايضا بالام غامضة المنشإ كالتي ترافق او تعقب داء المنطقة (zona) ٠ فهذه الآلام المختلفة تبتعد باعراضها عن الصداعات الحقيقية ٠ولكن بعض المظاهر المرضية التي تصيب غلافات القحف الظاهرة تسبب الاما اكثر انتشاراً واستمراراً ٠ كالشقيقة او الصداع الناشئين من التهابات الطبقة العضلية واللذين اتى على وصفهما علماء اسوج وانكلترا والمانيا ٠ وقد سماها هارتنبرج (Hartenberg) وروز (Rose) الصداعات العضلية وشفاها نورستروم بالدلك ٠

وهذا الداء هو ارتشاح خاص يصيب العضلات ولا يقتصر فقط على عضلات القحف بل يتجاوزها الى عضلات العنق واحيانا الى عضلات الوجه ايضا ٠ فينتشر الارتشاح اولا بشكل وذمة عادية لا تلبث ان تزداد كثافتها فتصبح صلبة ثم تظهر بشكل عقد محسوسة جيداً ومؤلمة ٠ ويمتد الالم حتى الارتكازات الوترية ٠ ويصيب الارتشاح النسيج الخلوي والعقد البلغمية ٠وقد وصف البعض هذا الداء بانه رثية عضلية واخرون بانه التهاب خلوي مؤلم وقد دعاه الكيه بالارتشاح البلغمي ٠

ان هذه المظاهر المرضية ترى غالبا في اشخاص حرضيين (diathésiques وتشتد ببعض العوامل الخارجية كالبرد الذي قد يلقي عليه المريض وحده تبعة دائمة · فيعمل في تخديش العناصر العصبية التي تكون على اشد حالة من التهيج ويجب ان نفرقه عن الصداعات الناتجة من النقرس وعن الشقيقة الحقيقية ان العقد التي تبدو في القحف المصاب تسبب الصداع بضغطها الجذوع العصبية اما الارتشاح فيأتي بالصداع نفسه ولكن بطريقة اخرى اي بضغطه الالياف المنتشرة في داخله والنهايات العصبية الدقيقة وكذلك العناصر الودية · وقد وجد بعض المدققين ضخامة في العقد الودية العنقية ويشارك هذه الاختلالات العصبية اختلال في الدوران الراجع الوريدي بسبب انضغاط الجذوع الوريدية بالعضلات المنكمشة المتصلبة فلو اضفنا هذه الاختلالات الوعائية الى اختلالات العصبية سهل جداً فهم حدوث الصداع ويزول الالم بتمامه باستعمال علاج يزيل هذه الاسباب

٢ — المنابع القحفية

ان الآلام التي تحصل من امراض عظام القحف يسهل جداً تعليلها · فالتهابات العظم ونخرته وضخامات العظم واورامه الخبيثة واشتراك السمحاق الشديد الحس تكفي لحصول الام شديدة ومنتشرة لا حاجة الى شرحها وكمثال لهذه الآلام يكفي ذكر الآلام الرامحة الليلية الناتجة من استيلاء داء الافرنج على الطبقة العظمية التي يسهل تفريقها عن الصداعات الحاصلة في الدورين الثاني والثالث من هذا المرض ·

٣ - المنابع القحفية الداخلية

اياكان الانتشار الذي تنتشره الى الخارج الصداعات القحفية الداخلية الحقيقية التي قد تنجم في بعض الاحيان من امراض قديمة اصابت الجملة المركزية فهي تنشأ دائماً كما ذكر ذلك كريستانزين من اختلالات ثابتة في الجملة العصبية المركزية وغلافاتها · ونذكر على سبيل المثل آلام التهابات السحايا والآلام الاورام فهي اشد الآلام الداخلية واوضحها منشأً ·

ان الاورام الدماغية باخلالها في التوازن بين انفراز المائع الدماغي الشوكي وامتصاصه ويعوقها احياناً لمجراه وبتكبيرها لحجم محتويات القحف ليس فقط بحجمها بل بتوليدها ارتشاحاً في الاقسام السالمة من الدماغ نظراً الى ضغطها للاوعية المجاورة لها تسبب صداعاً شديداً للغاية · ونتمكن من كشف هذه النتائج المرضية بفحوصنا العصبية والعينية بسهولة · وان الآلام الورمية من مبدئها حتى منتهاها لا تشبه قط اي الم رأسي اذ يخيل ان الرأس قد سحق سحقاً او كأنه قد ضغط بلزمة كبيرة او بعكس ذلك كأنه اصبح صغيراً للغاية وغير ذلك من الاحساسات المزعجة التي تشتد كثيراً في اوقات النوب فيشعر المريض ان رأسه يضرب بطرقة كبيرة و يكاد ينفجر من شدة ألمه ·

وليس لهذا الألم من قاعدة في وضعيته فقد يكون منتشراً ومتنقلاً او انه يبدأ دائماً في ناحية ثابتة من الرأس · ومتى اتصف بهذه الصفة اي متى كان ثابتاً في ناحية معينة او بدأ بها دائماً افادنا كثيراً في تعيين موقع الورم ويرافق هذه الصداعات عدا الاعراض المعروفة والثابتة كالاقياء والاختلالات

البصرية بعض الاعراض المتصفة ببعض صفات خاصة تفيدنا في التشخيص كرافقة تقوس الرأس للصداع تحت القفا كما ذكر ذلك فنسن والآنسة رابو بور في حادثة ورم ساد لقناة سيلفيوس ٠

وقد تشبه الآلام الحاصلة في انتانات المخ وسله وخراجاته الام الاورام وتزيد التشخيص غموضاً متى سارت سيراً بطيئاً جداً ٠

وتسبب التشوشات الدورانية في القحف قبل ان تحدث نزفاً او تليناً في الدماغ الاماً ربما كانت الاعراض البدئية الدالة على الافة ومتى تكونت السدادة في الطبقة البصرية تسبب اعراضا ألمية خاصة لا تشبه بقية الصداعات مطلقا٠

ان جرحى الرأس او مرضوضيه والمصابين بالارتجاج الدماغي والمحجوجين (trépanés) تعتريهم اختلالات قحفية داخلية كثيرة الغموض ٠ فقد تصاب جملتهم العصبية المركزية وغلافاتها بآفات صغيرة نتيجة ارتشاحات دموية محدودة او اختلالات في الخلايا العصبية ترافقها ندب سحائية وعظمية تكون مبعثا لهذه الاختلالات ٠ وأهم هذه الاختلالات تغير ضغط المائع الدماغ الشوكي ٠ فازدياد الضغط يسبب طنينا في الاذان ودورا وارقا وغثيانا ولكن العرض الاهم هو الصداع ٠ وليس للصداع موقع ثابت بل هو الم دائم يزداد في الجهود والحركات الفجائية واثناء الهضم وهو عرض اساسي لازدياد توتر المائع الدماغي الشوكي وقد يكون هذا الازدياد في الضغط نسبيا فقط كما ايدت ذلك ابحاث الاستاذ كلود ومعاونه لاماش ودوبار وقد اثبتوا ذلك عمليا بمقياس الضغط ٠ولم تفد جميع الادوية في تسكين هذا النوع من الالم ولكنه سكن عند وخز القناة الشوكية واخراج بعض المائع ٠

وقد ذكر ليريش نوعاً آخر من الصداع ناتجاً من خفة توتر م · د · ش وقد شاهده في بعض المحجوجين من جرحى الحرب · ونوبة هذا الصداع ليلية اي في الوقت الذي يكون به توتر الشرايين في اخف درجاته · وترى ندبة جرح الرأس منخفضة ومنجذبة للداخل وفي حال سكون الألم تكون بعكس ذلك مرتفعة ومتوترة · ولا يفيد في هذا الشكل من الصداع بزل القناة الشوكية بل يكون سبباً لحصول نوبة الألم ·

ان الصداع الذي يحصل عقب نوبة الصرع ينتج من اختلال في توازن ضغط م · د · ش وفي الجملة الودية · ويعتقد بريير بتدخل التشنج الوعائي الودي في احداث الاختلالات المخية ويجب قبول رأيه مع بعض التحفظ ·

وهذا التحفظ نفسه يحملنا على قبول نظرية باستورفاليري رادو الذي يعتقد بان الشقيقة مسببة من الاختلال في العصب الودي · و يقول هذا المؤلف انه اثناء حصول نوبة الشقيقة تعتري وجه المصاب اعراض ظاهرة كالاحمرار والشحوب وغير ذلك من تفاعلات الجملة القابضة للاوعية وهذا ما يسهل كما يقول المؤلف نفسه تمييز الشقيقة عن بعض الصداعات المصحوبة باحتقان الوجه · ولا تزال النظرية الودية النظرية الاكثر قبولاً على الرغم من الاعتراضات الكثيرة التي اثبت مدعوها صحتها في كثير من الاحوال كنظرية سبيتزير الذي يعتقد ان نوبة الشقيقة مسببة من انسداد ثقبة مونرو الموقت بسبب ضخامة موضعية في السحايا

وعلى الرغم مما في النظرية الودية من القوة لا يمكننا الاغضاء عن تنبه العناصر العصبية بالعوامل السمية الانتانية ويكفي ذكر الصدعات الشديدة الناتجة من

زيادة توتر م د ش· الانتاني والذي هو احد الاعراض الثلاثة في التهاب السحايا ·

ان الصداعات الحاصلة في جميع التهابات السحايا تسكن بعزل القنناة الشوكية · وكل يعلم ذلك الصداع الشديد المنتشر في القحف كله الذي يشكوه المصابون بالتهاب السحايا الحاد وترافقه اقياء وهذيان وجميع اعراض التنبه · واذا لم يكن الصداع شديداً في التهاب السحايا السلي فهو باستمراره الذي يدل عليه صراخ المريض الخاص الذي دعاه كوانده صراخ المستسقي دماغه (cri Hydrencephalique) يعد من الاعراض المرشدة الى التشخيص المرضي

اما في التهاب السحايا المصلي (m. séreuse) ولا سيما في شكلها المحدود الذي يشبه كثيراً اورام الدماغ فان زيادة توتر م د· ش· يزداد تدريجياً فيسبب صداعاً ·

وللصداع الذي يسبق النزف السحائي اهمية كبيرة لانه احد الاعراض السابقة للنزف فهو والحالة هذه نذير لهذا الداء ·

ان اورام السحايا تسبب مباشرة او اعتسافاً صداعات شديدة للغاية في الغالب أفهناك علاقة ياترى بين مناطق تعظم في السحايا وحصول الصداع·

وقد تستولي الانتانات على الدماغ وغلافاته · فيكون الصداع شديداً في الدور الاول من الالتهاب كما يحصل في الدور الحاد من التهاب الدماغ النومي · وقد ذكر فوا وليفي ومدام شيف فير تيمير حصول الصداع في احد اشكال تصلب لوحي دعوه الشكل المؤلم للتصلب اللوحي وقد يلتبس كثيراً هذا الشكل باستقرار داء الافرنج في الدماغ ·

والصداع عرض مهم واساسي في زهري الدماغ والسحايا وقد ذكر الفرد فورنيه العالم الكبير في الامراض الزهرية ان العرض الاول الذي يجب التفتيش عنه حين استيلاء داء الافرنج على الدماغ هو الالم العنيد الشديد. ويصف المؤلف هذا الصداع بكونه الماً شديداً يزداد في الليل ويستمر مدة طويلة مع نوب متوالية فمتى صادفنا صداعاً متصفاً بهذه الصفات يجب ان يتجه نظرنا في الحال الى داء الافرنج الذي يكون سبب هذا الصداع . وهو لا يلتبس ببقية انواع الصداع لان المريض يصفه بكونه الماً مستقراً في الرأس في دماغه فهو والحالة هذه جدير بان يسمى الم الدماغ (encéphalalgie)

ولسنا نستطيع ابداً اتهام داء الافرنج بكل صداع ليلي لان حصول الالم ليلاً ليس ببرهان قاطع على طبيعته الزهرية ولا سيا في الدور الثالث من هذا الداء . فقد لا يتصف داء الإفرنج الدماغي في دوره الثالث بأقل الم حتى متى كانت آفات سحائية وعظمية كما ايد ذلك فورنيه . لان حصول الالم يستدعي بعض الاختلالات الوعائية والتغيرات في م . د . ش

ان هذه الاختلالات ترى في آفات مختلفة . فما معنى هذا الصداع الشديد المتواتر في الدور الثاني من داء الافرنج ؟ ولمَ يشتد المه ليلا .

ان بوزوانو وتوفارو العالمين الرومانيين بحثا موءخرا في هذه القضية الغامضة . واثبتا ان هذا الصداع لا ينشأ من الآفة التشريحية التي يسببها هذا الدور في الدماغ . وغلافاته بل من اختلال وظيفي ناتج من فقد التوازن في الجملة النباتية بسبب داء الافرنج . « وان ظهور الآلام الرأسية ليلا او ازديادها يوافق ظهور خفة التوتر في جهازي الودي والرئوي المعدي اللذين يرئسان الحياة النباتية او انحطاط

درجة هذا التوتر متى كان قد بدأ . وان هذا التغير في الجملة النباتية المرتبط بفعل الغدد ذات الافراز الداخلي الناجم بدوره من داء الافرنج يعمل عمله في اوعية الدماغ ويسبب الاختلالات الدورانية التي تحدث الصداع بدورها.

ويعتقد ديجردن على الرغم من التغيرات الكثيرة التي تطرأ على تركيب م. د. ش وتكفي لاحداث الصداع ان الدور الاول في احداث الصداع يعود الى زيادة التوتر فخفض هذا الضغط ببزل القناة الشوكية يسكن الألم في الحال وهذا ما اطنب بذكره ميليان منذ سنة ١٩٠٢

وكذلك فان زيادة توترم. د. ش الذي يرافق الامراض الانتانية هو سبب الصداع فيها ويذكر روجه وبوميل في مشاهداتهما منذ سنة ١٩١١ فضل بزل القناة الشوكية في تسكين الصداعات الانتانية.

ان بزل القناة الشوكية قد يكون له تأثيره في انقاص كمية السموم الجرثومية التي يحويها م. د. ش. وبذلك يخف تأثيرها في المراكز العصبية فيقل تخرشها وتفاعلها فيكون ذلك داعياً الى تسكين الآلام ولكن هذه النظرية قد كان يمكن قبولها لولا عودة الصداع في الحال الى ما كان عليه بعد ازدياد التوتر.



صناعة حمض الليمون

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

وهب الله سبحانه بلادنا كنوزاً ثمينة لا يحتاج في استثمارها سوى الى ايدٍ نشيطة عاملة . أفلا ترى الغريب عنا يبعث فيشترى بثمن بخس هذه الكنوز الثمينة التي لا تقدر حتى اذا تعهدها بعلمه وفنه عاد فباعها منا مثقالاً بدينار وجنى ثمار سعيه وعمله .

وان ما نراه من بوادر اليقظة والحمد لله في ابناء هذه الامة في قيامها لتأسيس الشركات التجارية والصناعية ليبعث فينا الشوق الى الكتابة في الصناعات الكيماوية التي طرقناها منذ سنوات على صفحات هذه المجلة الغراء . ونبحث اليوم عن صناعة حمض الليمون وحمض الطرطر لما لهما من الشأن الخطير في دور الصناعة والتجارة لوفرة صرفياتهما في المصابغ والمآكل والطب ولما نعلمه من كثرة الأراضي المغروسة باشجار الليمون والكباد ومن زيادة النتاج عما يستهلك من الثمر مما يستدعي القاءه لتعفنه وفساده وذهابه هباء نقول نبحث اليوم عن هذه الصناعة لعلها تجد من يشمر عن ساعد الجد والاهتمام لاقتطاف اثمارها اليانعة .

وسنتوخى في الابحاث الايجاز ما امكن ونقتصر على الطرق العملية ضاربين صفحاً عن كثير من المعادلات الكيمياوية التي تمل القراء

حمض الليمون ($C_6H_8O_7$)

صفاته وخواصه ·— حمض الليمون ويدعوه العامة روح الليمون أو ملح الليمون هو في الكيمياء من الحموض العضوية الثلاثية الاساس ومعنى ذلك ان في ذرة واحدة منه ، ثلاثة جواهر من المدرجين قابلة التبادل بالمعادن لذلك كان له ثلاثة انواع من الملاح المسماة باصطلاح الكيمياء ليموناة (citrates) ·

نوع وحيد المعدن $C_6H_7O_7«M»_1$

ونوع مضاعف المعدن $C_6H_6O_7«M»_2$

ونوع مثلث المعدن $C_6H_5O_7«M»_3$

وهو جسم مبلور على شكل موشور معين قائم · لا لون له طعمه حامض جداً ميزه رتسيوس (Retzius) سنة ١٧٧٦ عن حمض الطرطر ولم يمكن الحصول عليه مبلوراً الا في سنة ١٧٨٤ ·

حمض الليمون يوجد حراً أو مركباً في الليمون غير الناضج وفي ثمر الآس البري(myrtille) والريباس الشوكي (groseille épineuse) وفي عصارة التبغ والخس وفي دوار الشمس والدهليا الريشية (dahlia pinnata) الى غير ذلك من النباتات ·

بلورات حمض الليمون تحوي ذرة واحدة من الماء وتفقدها اذا عرضت على حرارة قدرها +١٠٠° · وبين المائة و+١٣٥° تذوب في مائها البلوري · وفي حرارة ١٧٥ تفقد ذرة من الماء من بنيتها وتستحيل الى حمض خانق الذئب (ac. aconitique)وفي اعلى من هذه الدرجة يتحلل حمض خانق الذئب ويستحيل الى حمض سترا كونيك ((citraconique) والى حمض ايتا كونيك (itaconique)

حمض الليمون يذوب بكثرة في الماء والكحول · ولا يذوب في الأثير ولا في الكلورفورم ولا في كبر يت الفحم ·

حمض الكبر يت يذيب حمض الليمون دون ان يتلون · اما بالحرارة فيصفر لونه مع انطلاق اكسيد الفحم (CO) وحمض الفحم (CO_2)(ان حمض الطرطر يسمر لونه بالشروط ذاتها) ·

حمض الازوت يؤكسد حمض الليمون بالحرارة فيحيله الى حمض الحماض (ac. oxalique) وحمض الخل (ac. acétique) واما المؤكسدات الاخرى فانها تحيله الى حمض الخل ، وحمض النمل (ac.formique) وماء وحمض الفحم والى خلون (acétone) ·

اذا عولج حمض الليمون بكثير من البوتاس تحلل الى حمض الخل وحمض الحماض ·

محلوله المائي يذيب الحديد والتوتياء مع انطلاق الهدرجين ·

حمض الليمون لا يرسب اذا عولج بمحلول كلور الكلسيوم (Cl_2Ca) اما اما ماء الكلس فيرسبه بالحرارة فيتكون ملح ليموناة الكلس الذي يعود فيذوب اذا برد السائل

اذا عولج محلول حمض الليمون بشيء من خلاة الرصاص تكوّن راسب ابيض هـو ليموناة الرصاص الذوّاب في حمـض الازوت وروح النشادر والليموناة القلوية

اما ازوتاة الفضة فلا ترسّبه الا في المحاليل النشادرية ولكن ليموناة الفضة والنشادر المتكونة تعود فتذوب بكثير من روح النشادر

اذا جعل محلول حمض الليمون مدة عرضة للهواء تغشاه طبقة من العفن ويتكوّن حمض الخل ·

يميز عن حمض الطرطر بعدم تعكره اذا اشبع بماء الكلس ، وعن حمض الحماض بعدم تعكره بمحلول كلور الكلسيوم بملامسة روح النشادر ·

الليموناة القلوية كلها ذوابة في الماء · واذا عرضت للحرارة لا تنشر رائحة السكر المحروق (caramel) (بخلاف ملاح الطرطراة) ·

ولقد اصطنعه هايّر (Heller) وهلد (Held) من الجسم المسمى اكلوراستيل خلاة الأتيل) بمعالجته بكيانوس البوتاسيوم ثم بالكحول الأيتلية وغاز حمض الكلور يدريك ثم بالماء والبوتاس ·

على ان حمض الليمون يستحصل من الليمون الفج ·

ان بعض العضويات الدنيا كالفطور الليمونية (citromycès) وخصوصاً منها المكنسيات الموثية (penicillium luteum) الموجودة في الموث العفن ،والعفنة الآجاصية (mucor pyriforméis) الموجودة في الآجاص الفاسد كل هذه تحول جزءاً من سكر العنب (غلوكوز) الى حمض الليمون كما ايد ذلك وهمير (Wehmer) ويستفاد من هذا التفاعل في صناعة حمض الليمون ·

وكذلك فطور بفايفير الليمونية (citromycès Pfefferianus) وفطور غلاتير الليمونية (cit. Glater) تحول سكر القصب (ساكاروز) الى حمض الليمون خصوصاً بوجود الكلورور كما تأيد من ابحاث هلير وهلد ·

ذوبان حمض الليمون ·— درجة ذوبان حمض الليمون في الماء تختلف

باختــلاف الحرارة وفيما يلي جدول يبين درجــة ذوبانه في الماء في حرارة +١٥°:

درجة ذوبان حمض الليمون في الماء في حرارة +١٥°

درجة بومه	حمض الليمون في المائة	درجة بومه	حمض الليمون في المائة	درجة بومه	حمض الليمون في المائة
١	٢	١٤	٢٦	٢٦	٥٠
٢	٤	١٥	٢٨	٢٧	٥٢
٣	٦	١٦	٣٠	٢٨	٥٤
٤	٨	١٧	٣٢	٢٩	٥٦
٥	١٠	١٨	٢٤	٣٠	٥٨
٦	١٢	١٩	٣٦	٣١	٦٠
٧	١٤	٢٠	٣٨	٣٢	٦٢
٨٫٥	١٦	٢١	٤٠	٣٣	٦٤
٩٫٥	١٨	٢٢	٤٢	٣٤	٦٦
١٠٫٥	٢٠	٢٣	٤٤		مُشبَع
١٢	٢٢	٢٤	٤٦		
١٣	٢٤	٢٥	٤٨		

استعماله ·— يستعمل حمــض الليمون بكثرة في المصابغ لتلميع القرطم الاحمر ولازالة لون الأقمشة المطبوعة (الباصمة والألاجة) وفي معامل الخمر لاصلاح حموضة خميرة الخمر أو الخمر نفسها · ويستعمل في الطب شرابًا وليمونية (ليموناضه)

(لها بقية)

لويس فيالتون
Louis Vialleton

١٨٥٩—١٩٢٩

(مستقاة من مقالة للاستاذ غرنفلت)

مر الربع الأخير من عام ١٩٢٩ واقطاب العلم يتساقطون الواحد تلو الآخر امام الموت الجبار الذي انتزعهم من الحياة بعد ان ملأوا العالم بكشوفهم وخدموا البشرية بعلومهم ومن هؤلاء استاذنا فيالتون الذي فتح لنا صدره الرحب وارانا وجهاً بشوشاً اكسبه نور العلم هيبةً وتألقاً ولم يضن علينا بساعاتٍ طوالٍ من وقته الثمين سدد بها خطانا في التتبع والبحث بل فتح لنا باب مخبره على مصراعيه وكان لنا مرشداً في الطريق الوعر الذي دعينا الى سلوكه في وقت كان منهمكاً فيه اشد الانهماك بتفنيد نظرية التحول في الحياة لدارفن التي كادت تصبح عقيدة راسخة فأي شخصٍ لا يكبر عمل هذا الشيخ العالم الذي رغم شيخوخته الوقورة واشغاله الكثيرة المتراكمة كان ينظر الى كل من تلامذته نظرة الاب والمرشد فيسدد بنظراته الحكيمة خطى شبان لولا حكمه وارشاداته لكانت ضلت الطريق السوي ·

فجع العلم بهذا العالم واصيب معهد مونبليه بعميده النابغة الأحيائي الكبير فكان اثر هذه الفاجعة شديداً في النفوس لما لهذا الراحل الكريم من مزايا علمية واخلاق كريمة فان تاريخ حياته حقل خصب بالتتبعات الحيوية والآراء العلمية انتجتها ابحاثه القيمة وخبرته الواسعة · وقد نزل معلمنا غرنفلت (Grynfeltt) استاذ التشريح المرضي في مونبليه وهو ممن تتبع خطى الراحل الكريم ولازمه عهداً

طويلاً عند ارادة معلمه وزميله فأجل رثاءه ريثما مرّ شهر على انتقاله الى دار الخلود اجتناباً لفخفخات هذا العالم التي كان يهزأ بها فقيدنا في حياته ومماته وقد عدد استاذنا غرنفلت مآثره ببساطة عملاً بوصية احد اعلام مونبليه الأقدمين ·

ولد فيالتون سنة ١٨٥٩ في فينا وكان مولعاً منذ صغره بجمع الحيوانات والنباتات الصغيرة لا للعب بها والتلذذ بنظرها كما يفعل غيره من الصبيان بل سعياً وراء فهم اسرار الحياة · وقد تمكن حين انتسابه الى معهد الطب من ان يحوز قصب السبق في الصف الأول وان يعطى اجازة من دار الفنون عن علوم التاريخ الطبيعي فانتبهت اليه انظار الاستاذ الكبير ج · رولو بينما كان يمتحنه بفن النسج لما اظهره من الاطلاع الواسع في علم التشريح المقارن (anatomie comparée) فعينه في مخبره محاضراً فرئيساً فكتب اطروحة قيمة عن قميص الشريان الباطن في الانسان والحيوانات اللبونة فجاء اكمل ما كتب في هذا الموضوع ثم اخذ يجمع وثائق مضغية كثيرة مما حدا باستاذه رولو الى نقل قسم عظيم منها واثباتها في كتابه المطول عن النسج · وكان يقصد من حين لآخر متحف التاريخ الطبيعي ليدرس على أ · ميلن ادوار الذي حاز مقاماً علمياً رفيعاً هو وولده في علم الحيوان ثم انتقل الى مخبر كلاينبرغ واشتغل معه في مسين فجمع من الوثائق ما يحتاج اليه في البحث عن ادوار النمو الابتدائي وكتب كل هذا في اطروحة قدمها لنوال الدكتورا في الفنون وظهرت في هذا الكتاب اراءه الثاقبة حتى ان كوليكر قال عنه انه توصل الى معرفة اشياء راهنة عن الالغاز الحيوية الصعبة كالانقسام الخيطي وانقسام الجسيمات المركزية وغير ذلك بعد ان تاه في مجاهلها كثيرون وقبل اراءه علماء الحيوان مثل كورشلت وهيدر ونقلا عنه احد عشر شكلاً · وقد نشر ابحاثاً

كثيرة غير هذه واشترك في موءلف تستو الضخم فبحث عن المضغة في جزئه الأخير . ثم درس على مورا وما لبث ان سمي مرشحاً لتدريس الخلقة في جامعة ليون على ان يقوم بتدريس فن النسج فيها . وكانت الوسائط في ذلك الوقت بسيطة ثم سمي استاذاً للنسج في معهد مونبليه فجهز مقاطع عديدة ونظم الطرق العملية وأحدث مخبراً للتقصيات وعاد الى مزاولة ابحاثه القديمة فنشر عن غشاء هتك في قزحية الانسان بحثاً شيقاً كان موضوع اعجاب العلماء . ثم طبع كتاباً عن الطرق العملية في النسج وتابع نشر ارائه الشخصية عن العضلات الحمراء في الاسماك وعن الجملة البلغمية والقلب واردفها بسلسلة ابحاث عن علم المضغة وقد علل انقلاب المثانة الخارجي باراء دعمها مضغياً فاصبحت درسية حتى هذا العهد . . وظهرت بعد حين اراء طلابه المستمدة من علمه (فيلار ، دوفلوري ، داميانوف ، دوجويه ، وغرنفلت) ثم نشر كتابه عن اشكال ذوات الفقار فكان هذا الكتاب مفتاحاً لقبة علمه الجم . وقال برونان الاستاذ الشهير عن كتابه ان كتاب فيالتون لما يغبط عليه العلم الفرنسي وكافأه محفى العلوم بجائزة سير على جهوده ثم ألف كتاباً آخر عن إطراف ذوات الفقار المربعة الارجل واحواضها وقد انتقد فيالتون اراء القائلين بالتحول او التبدل بتوالي العصور وهو يرى ان الاشكال تنتقل ارثاً والارث يرئس جميع هذه الحوادث فلا يمكن للكلاب ان تبدل ذراريها واعقابها قططاً .

واتجهت اراء فيالتون في السنوات الأخيرة الى الفلسفة وهذا شأن العلماء متى بلغوا المقام الرفيع في العلم وكشفوا غوامضه فانهم يميلون حينئذٍ الى البحث عما فوق الطبيعة وقد جمع اراءه في كتابه عن منشإ المخلوقات الحية . فبين في

هذا الكتاب اولاً مذهب التحول ثم بحث عن الاراء التي توحي للعالم الاعتقاد بمبحث الاشكال واكثر هذه الاراء شخصية ثم عاد فنقد مذهب التحول واوهى نظريات لامارك ودارفن في ابان عزها رغم كثرة المدافعين عنها . وقد خطب سنة ١٩٢٢ خطاباً قال فيه « اننا لا نعرف شيئاً عن منشإ الحيـاة والمخلوقات الحية . واذا كنا نجهل ذلك كله فلا يخفى علينا ان للمخلوقات في الطبيعة امراً خاصاً »

ان ما نوهنا به قطرة من بحر علمه الغزير وقد كانت له شهرة علمية في فرنسة وغيرها فانتخب عضواً في المحفل العلمي الطبي وعضواً مراسلا في محفل العلوم في تورينو وكان متضلعاً من لغات كثيرة

ولا شك ان ذكرى الاستاذ فيالتون ستبقى خالدة واراءه العلمية ستعمل بها الاجيال المقبلة

شوكة الشطي



مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٠ م الموافق لمحرم سنة ١٣٤٩ ه

طريقة الاستقصاء في النفير بالليبيودول

وفحص اعضاء المرأة التناسلية باشعة رونتجن

للدكتور ابراهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

يسير الطب بخطى كبيرة الى الرقي ويتجه اتجاهاً مستمراً الى الكمال ولا تشذ عن هذه القاعدة شعبة الامراض النسائية التي يتعهدها بعملهم الغزير علماء اعلام منبثون في اقطار الكرة الارضية · ولهذا نرى كل يوم فكرة حديثة تحل محل فكرة قديمة وطريقة جديدة تزحزح طريقة عتيقة معيضة عنها · وموضوع كلامنا اليوم الاستقصاء في قناة النفير وحلول طريقة حديثة في التحري مكان الطريقة القديمة التي كان يلتجيء اليها الاختصاصيون بالامراض النسائية في حالات العقم وغيرها فقد كانوا يدخلون مسابير مرنة دقيقة في قناة النفير بعد ايلاجها في قناة الرحم فكانوا يخطئون خطأ كبيراً لان ادخال رأس المسبار الدقيق في مضيق الرحم لم يكن بالامر السهل وضلاله عن فوهة النفير كان

كثير الوقوع فكانوا يشخصون انسداداً في النفير حيث لم يكن انسداد وهذا ما حدا الاختصاصيين للالتجاء الى طريقة اخرى اكثر اتقاناً لمعرفة ما اذا كان النفير مفتوحاً ام منسداً وما اذا كان العضو لا يزال يحتفظ بخاصته الغريزية التي خصته الطبيعة بها وخلق لها وهي نقل العضو المؤنث الابتدائي لتكوين الجنين وتسهيل التقاء الخليتين الابتدائيتين واتحاد احداهما بالاخرى والطريقة التي نعنيها هي الاستقصاء في الاعضاء التناسلية بالحقن بالليبيودول والتصوير بالاشعة المجهولة وهي طريقة جليلة الفائدة تبين سعة الرحم ودرجة ضخامتها وتكشف المرجلات (البوليب) والنوامي المخاطية او المشيمية او الليفية والاورام من ليفية وسرطانية وساقطة (déciduome) وانواع انقلابات الرحم وانحرافاتها واورام الحوض واكياس المبيض وغير ذلك من المعلومات التي تعين درجة قابلية الانثى للحمل وتنجيها من فتح البطن الاستقصائي لمعرفة هذه الحالات المختلفة لان فتح البطن مع ما هو عليه اليوم بفضل الطهارة من السهولة لا يزال عملية تهابها المريضة وتخشاها فضلاً عن ان الاشعة المجهولة كافية وحدها لشفاء الاورام الليفية دون ما حاجة الى الاستئصال الجراحي · واذا لم تكن مندوحة من اجراء العمليات البطنية التناسلية فان طريقة الاستقصاء هذه تهبنا من المعلومات قبل البضع ما تقصر عنه سائر الفحوص الاخرى فهي تبين لنا كما قلنا سابقاً حالة الرحم ودرجة انحرافاتها وسعتها وغير ذلك وتمكن الجراح من معرفة ما اذا كانت العملية التي يجابهها سهلة ام صعبة وما اذا كانت وخيمة الانذار ام سليمته أضف الى هذا كله ان المعلومات المستقاة من هذه الطريقة تراقب بها المعلومات المجتناة من الفحوص السريرية فاما ان تثبت الواحدة الاخرى او ان تنفيها مصلحة اياها ·

كان يكتفى قبلاً بحقن جوف الخلب بالغاز الكربوني واحاطة الاعضاء التناسلية بفضاء من هذا الغاز اقل شفوفاً من النسج اللينة فكانت تبدو بهذه الطريقة حدود الاعضاء التناسلية وتتضح على لوحة التصوير الكهربي · غير ان لهذ الطريقة محاذير شتى منها انها لا تبين اي النفيرين مفتوح وأيه منسد ومنها ان الاغماء قد يقع وان الموت قد يطرأ وان نادراً فكل هذا يدعونا الى تفضيل طريقة الاستقصاء بالليبيودول على حقن جوف الخلب بالغازات — ولا يزال بعض المؤلفين حتى يومنا يستعمل طريقة النفخ بالغاز الكربوني وحجتهم ان الغاز سهل الامتصاص وانه لا يقذف المواد الكائنة في جوف الرحم او النفير موصلاً اياها الى جوف الخلب

وطريقة العمل سهلة جداً وهي ان يطبق منظار الرحم ويعقم العنق وقاع المهبل بصبغة الايود ويثبت العنق بمنقاش ذي مخالب ليسهل ادخال مسبار الجهاز فيه ثم يطبق منقاش اخر على العنق والمسبار ليضبط الغاز جيداً في جوف الرحم ويجب ألا يتجاوز الضغط ٧٢ ٢٠٠ ملمتر من الضغط النسيمي لئلا تتمزق جدر النفير فاذا كان النفيران منفتحين او احدهما فقط يهبط ضغط الغاز ويمر الى جوف الخلب وتشعر المرأة بألم شديد بين كتفيها وهو عرض بياني مسند الى كاشفه البرت ه · الدريج واذا ارتفع الضغط حتى ٢٠٠ ملمتر ووقف ولم يهبط قيل ان النفيرين مسدودان واذا هبط بعد ان بلغ ١٦٠ ملمتراً قيل ان قناة النفير ضيقة ومنهم من يكمل هذا الفحص بحقن جوف الرحم بمحلول كلورور الصوديوم او اليودرغول او الكولرغول الخماسي لمعرفة مكان الانسداد وشكل التضيق وكثيراً ما تكون العوارض الناجمة من استعمال هذه الطريقة سليمة غير ان

الطوارىء الشديدة ممكنة الحدوث فقد ذكر العالم كورتيس (Curtis) ثلاث حادثات موت احداها شخصية و بين الاستاذ لورنسي ان الغشي طارىء كثير الحدوث (مجلة امراض النساء والتوليد جزء شباط سنة ١٩٢٥)

فالمحاذير الآنفة الذكر التي تطرأ في اثناء النفخ والمعلومات الدقيقة التي تستحصل من تصوير الاعضاء التناسلية والحوض بعد الحقن بالليبيودول وخلو الطريقة الثانية من المحاذير كل هذا يجعلها مفضلة على الاولى ولا سيما متى راقبت المحظربة (manomètre) سير الليبيودول حين الحقن به ٠

ان طريقة كهذه سيكون لها شأنها الكبير في العالم الجراحي فهي الطريقة الفضلى التي تضمن للجراح النجاح وتبعد عنه الخيبة في توسطاته الجراحية لانه متى عرف قبل البدء بعمليته حقيقة الافة المصابة بها مريضته اجراها كأنه يراها بعينه قبل البدء بها واحتاط لما قد يحدث من الطوارىء وانذر اهل المريضة في الحالات الشديدة ، بالخطر الذي قد تستهدف اليه المريضة متى كانت الآفة خطرة والتوسط الجراحي مستصعباً ففرع الامراض النسائية والحالة هذه مدين لهذه الطريقة ومكتشفيها لانه بها تمكن من اتقان التوسطات الجراحية اتقاناً لم يكن ممكناً قبلها والمريضات انفسهن مدينات لها ايضاً بحياة الكثيرات منهن ٠

كان يظن ان الفضل في كشف هذه الطريقة يعود الى ه ٠ كري(H Cary) سنة ١٩١٤ غير ان الحقيقة هي ان الاستاذ درتيغ الفرنسي وزميله ديميه قد وضعا الحجر الاول الذي بنيت عليه اسسها فاليهما يعود الفضل في المنافع التي جنيت منها ٠ لا ينكر ان هذين العالمين قد استعملا في بدء عملهما محلول الكولرغول المائي العشري وحقنا جوف الرحم والنفير بمحقنة بروم بسبعة الى ثمانية سم[٣] بعد

الفحص بالغاز الكربوني وانهما شاهدا طوارىء شديـدة الخطر حتى الموت بالتهاب الخلب الذي كان يفاجيء المريضات مساء يوم العملية ويميتهن في اليوم الثاني ولكن هذه الطريقة على الرغم من خطرها فتحت الباب على مصراعيه امام المختبرين والمنقبين فجدوا في تبديل المادة المستعملة الى ان اهتـدوا اخيراً الى الليبيودول واعتمدوا عليه في فحوصهم فتكللت اعمالهم بالنجاح ·

وقبل ان نجيء على طريقة الفحص بالليبيودول لا بد لنا من ذكر الطريقة التي كانوا يشركونها به لمعرفة انسداد النفير او انفتاحه وهي الطريقة التي ألمعنا اليها في صدر مقالنا وتختصر بادخال مسبار رحمي في جوف الرحم يربط بجهاز ينشر الغاز الكربوني النقي ويتصل بمحظرة · يطلق الغاز على ألا يتجاوز ضغطه ٢٠٠ ملمتر بل يبقى بين ٧٢ - ٢٠ اي بين ٢٠،٧ - ٢٠ سم من آلة طورتشلي الزئبقية وهبوط الضغط او بقاوءه كما بينا يوضح لنا ما اذا كان النفير مفتوحاً او منسداً وما اذا كانت القناة ضيقة ·

وقد فضل الليبيودول على سواه من المواد لانه يتصف بصفات تخلو منهـا المواد الاخرى كبرومور الصوديوم واليودرغول والكولرغول فهو زيت إيودي وذو كثافة شديدة تعيـده ظليلاً ازاء الاشعة يحتمله جسد الانسان احتمالاً غريباً على الرغم من احتواء كل سم٣ منه على ٥٤ سنتغم من الايود النقي ويضاد التعفن مضادة قويـة فيقي الخلب الالتهاب الذي قـد يحدث اثر دخول اجسام اجنبية مخرشة لجوفه ويسهل الحقن به لانه سريع النفوذ ويتخلل ادق عناصر الطريق الرحمي النفيري

(للكلام صلة)

معالجة كسور الطرف العلوي المغلقة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

اذا عدنا الى بعض المؤلفات التي لم تمر عليها سنوات عديدة وقرأنا ما كتب فيها عن معالجة هذه الكسور رأينا فيها عدداً عديداً من الاجهزة منها ما هو معروف شائع الاستعمال ومنها ما لم نره فنظن ان استعماله في الممارسة مستصعب بعد ان نقرأ وصفه · غير ان وصف الجهاز قد يكون اكثر اغلاقاً مما هو عليه في الحقيقة وهذا ما يحملنا على تفضيل الاجهزة التي عرفناها مع انها نكون قد اهملت في الطب الحديث واهمال اجهزة اخرى نجهلها مع انها اكثر اتقاناً منها لانها قد استنبطت موافقة للاستطبابات الجراحية الحديثة · وعليه قد جئت بهذه العجالة مبيناً افضل الاجهزة وابسطها التي نستعملها في مستشفانا العام ونجني منها احسن النتائج

لا يخفى ان الطرف العلوي عضو وظيفته الشد والقبض وان القيام بهذين العملين يستدعي المحافظة على المفاصل الموجودة فيه والمحاور التي لا مندوحة عنها في اجراء هذه الوظيفة · فالتثبيت يجب ان يكون قصيراً ما امكن والتحريك يجب ان يعقب التثبيت بدون اقل ابطاء على ان يكون لطيفاً وتدريجياً ·

وأمر ثانٍ لا بد من معرفته حق المعرفة توصلاً الى اصلاح التبدلات اصلاحاً حسناً وهو فعل العضلات في قطع العظم التي ترتكز عليها ·

والقاعدة المطردة التي يجب اتباعها في الكسور غير المتبدلة هي الاكتفاء بوشاح يعلق به الطرف ويثبت تثبيتاً حسناً واما في الكسور المتبدلة التي لا ترد

فالتوسط الجراحي واجب وفي الكسور المتبدلة تبدلاً متوسطاً فالاجهزة هي الطريقة المنتخبة والمعالجة السيارة تفضل في جميع الحالات التي يستطاع اجراوءها

وانني اضرب صفحاً عن كسور اللوح النادرة فهي اما أن تكون من متعلقات الجراح وخارجة عن استطاعة الطبيب الممارس لانها تكون ناجمة من رض شديد او دهس او مرم ناري فتستدعي معالجة جراحية او انها تكون شقاً بسيطاً فتستدعي تثبيتاً خفيفاً ٠

وابتدىء بكسور الترقوة وهي كثيرة الحدوث : فاذا كانت هذه الكسور غير متبدلة فهي لا تحتاج الى جهاز بل ان وشاح مايور يكفي لشفائها ويوضع هذا الوشاح ١٠ – ١٢ يوماً ثم ينزع ويبدأ بالتحريك التدريجي ٠

غير ان الكسر الذي يصادف غالباً هو الكسر الواقع عند ملتقى الثلث الوحشي بالثلث المتوسط وهو كسر متبدل تبدلاً متفاوت الدرجات ٠ فالقطعة الانسية تعلو وتبرز في الامام بفعل القصية الترقوية الخشائية وتركب القطعة الوحشية التي تنخفض بفعل الدالية وتجر الى الانسي بالعضلة تحت الترقوة ٠ فلكي يرد الكسر اي لكي تعاد القطعة الوحشية في اتجاه القطعة الانسية يجب رفع الكتف الى العالي ودفعها الى الوراء والوحشي ٠ والرد سهل غير ان تثبيته مستصعب والرد في الولد يسهل تحقيقه بوضعة امبردان :

وهي ان يجعل مرفق الطرف الواقع في جهة الكسر وساعده على ظهر المريض واليد على لوح الجهة السلمية وتثبت هذه الوضعة برباط جسد مشدود زهاء ١٥ يوماً ٠

اما في الكهل فيختار التمديد المتواصل بالجهاز ذي الاساور او وضعة كوتو (Couteaud) متى كان الشخص سهل العريكة ٠ وبهذه الوضعة تقوم

باضجاع المريض على ظهره عند حافة السرير وتدلية طرفه العلوي زهاء يومين او ثلاثة ايام اي الوقت الكافي للرد · وهذه هي الوضعة الاولى ·

وبعد ان يرد الكسر يجعل الساعد افقياً على كرسي اجتناباً للوذمة او يعلق بوشاح مثبت بالفراش · ويترك الطرف في هذه الوضعة زهاء اثني عشر يوماً · غير ان هذه الطريقة موءلمة وقلما يتحملها مريض حتى النهاية · وعليه فيستطاع تثبيت المرفق في الوضعة الثانيـة بجهاز جبس من نوع سوبيرن (Soubeyran) وهذا يمكن المريض من التجول · او يوضع الجهاز ذي السوارين بعد ان يترك المريض ساعتين او ثلاث ساعات في الوضعـة وذلك بشد الكتفين وجرهما الى الوراء برباط من المطاط يربط في الخلف ويستند الى سوار الجهـة السليمة · ويجب اذا شئنا ان يكون الشد مفيداً جعله في اسفل نقطة ممكنة فتحقيقاً لذلك يوصل رباط برباط المطاط ويثبت بالظهر برباط جسد · فهذا الجهاز يمكن المريض من الوقوف واستخـدام ذراعـه ومزاولة اعماله وهو يرضي الطبيب والمريض معاً ·

واما الاستجدال (ostéosynthèse) فقلما يشار به ·

· · · ·

كسور العضد : الكسور التي تصادف في النهايـة العليا هي كسور العنق التشريحي وكسور الحدبة الكبيرة وكسور العنق الجراحي العالية والوطية ·

وتصادف في كسور جسم العضد الكسور المعترضة والمائلة والحلزونية وفي النهاية السفلى تصادف الكسور فوق اللقمتين وكسور اللقمة وكسور مـا فوق البكرة ويندر ان تصادف كسور البكرة ·

فاذا استثنينا بعض كسور الوابلة (رأس العضد) المتـداخلة التي يكفي الوشاح في معالجتها كان امامنا ثلاثة انواع من التبدلات لا بد من اصلاحهـا : التزوي والتراكب والانفتال ·

التزوي : ممكن وقوعه في جميع الاتجاهات لان الزاوية تنفتح في الوراء او الامام او الانسي او الوحشي ·

وهو ينجم في الثلث العلوي من فعل العضلات ويحـدث قوساً بابتعاد القطعة العليا بالدالية واقتراب القطعة السفلى بالصدرية · واما في جسم العضد فسبب التزوي الرض نفسه وثقل العضو وميل المريض الى جر مرفقه الى الانسي وفي القسم السفلي تندفع القطعة السفلى الى الوراء بالمثلثـة الرؤوس مقلدة انخلاع المرفق ·

التراكب : يفضي الى قصر العضد وهذا التبدل اخف في العضد (وهو رافعة الشد) منه في الفخذ (وهي رافعة الانتصاب) غير ان اصلاحه واجب وجعل القطعة العليا في محاذاة القطعة السفلى امر ضروري توصلاً الى استعادة الوظيفة

الانفتال : هو انفتال احدى القطعتين على الثانية يقع في الثلث السفلي من جسم العضد غير ان اكثر حدوثه في كسور الثلث العلوي حيث تدور القطعة العليا الى الوحشي بفعل العضلات فوق الشوك وتحته والمدورة الصغيرة والقطعة السفلى تدور الى الانسي بالصدرية والظهرية الكبيرتين ·

فينجم من هذا تحدد في الحركات يفضي الى عجز العضد وفقد وظيفته · ويزداد دوران القطعـة السفلى الى الانسي متى شدّ العضد بوشاح وثبت على الجذع فيجب والحالة هذه ترك الوشاح جانباً لكي يجعل الساعد في وضعة هي

بين السطح الجبهي والسهمي ·

واصلاح التبدل في كسور الثلث العلوي يستدعي خفض القطعة السفلى وتبعيدها لكي تصبح في اتجاه القطعة العليا التي لا يستطاع تبديل وضعها بالنظر الى قصرها · و يثابر على التثبيت زهاء ١٥ يوماً والجهاز الجبسي الصدري العضدي المؤلف من مشد يحيط بالقسم العلوي من الجذع والملحقة به ميزابة عضدية مبعدة عن الجذع بعرى مختلفة الطول حسب الحاجة يمكننا من اجراء الوضعات جميعها حتى الزاوية المستقيمة والوضعة الافقية اذا اقتضى الامر · ومن اجراء الشد المتواصل بالجبيرة العضدية المطولة كما هو الامر في جهاز بوليكن ·

و يستطاع صنع اجهزة عديدة بالجبس مقواة بصفائح من التوتيا ولا يرضى الطبيب عن اجهزة الجبس الا متى اتقن صنعها ولا يتقن صنعها الا متى تمرن عليها كثيراً في شعب التجبير ·

ونستعمل في مستشفانا عدا اجهزة الجبس جهاز روفيلو اوهو مجموعة اجهزة عديدة استعملت في الحرب العامة · فانه يجمع خواص قلما يتصف بها جهاز آخر لانه يمدد و يبعد و يضاد التمديد فهو احسن جهاز في الكسور المفتوحة التي تحتاج الى تضميد و يتألف هذا الجهاز من : ١ - اطار مصنوع من قضبان معدنية محيطة بالعضد والساعد مبعد ومنتهية عند الابط بمذراة ومحجنين يستخدمان في تثبيتهما بالجذع برباط ٢ مسند لتبعيد يمكن نزعه يستند الى القنزعة الحرقفية بقضيب منحن ينتهي بمحجنين يستخدمان لتثبيته بالجذع ٣ — يعلق الطرف في هذا الاطار بقطع من قماش ٤ - يتم التمديد برباط مطاط يثبت بالعضد بركابة من المشمع ·

غير ان هذا الجهاز الذي استنبط للجنود ثقيل الوزن لا تقوى النساء على تحمله وعليه فترك المعالجة السيارة في النساء افضل واجراء التمديد في الفراش خير ما يصنع في حالة التبعيد حسب كانو وفي جبيرة توما ٠

ومتى كان خلع او متى لم يكن رد الوابلة (رأس العضد) مستطاعاً يجب رد الوابلة او استخراجها قبل وضع الجهاز ٠

والتمديد حسب المحور يكفي في كسور الجسم لرد التراكب واصلاح التزوي واسهل جهاز نستعمله في مستشفانا يقوم باحاطة مشاشة العضد السفلى برباط لاصق يعلق به ثقل معادل لكيلو واحد او كيلوين او كيس مملوء خردقاً او قطعة من رصاص مثنية على نفسها كنعلة الفرس ومعتنقة المرفق فمتى كان المريض واقفاً حصل التمديد بفعل الثقل المعلق بعضده حسب شريعة الجاذبية ويجب في الليل ان يبقى المريض في وضعة نصف الجلوس او يستعاض عن الثقل بتمديد افقي وذلك ان يوضع خيط يمر ببكرة ويربط به الثقل عند اسفل السرير ومتى تمَّ الرد يثبت الكسر في وضع حسن حتى الاندمال بجبيرة جبس خلفية تعتنق العضد كله والطرف منعطف او بجهاز صدري عضدي يثبت الكتف والمرفق منعطف زاوية قائمة والساعد في وضعة بين الكب والاستلقاء ٠

وليترك جانباً جهاز هانكان الذي نبذه اكثر الجراحين في موءتمر سنة ١٩٢٥ ولو كانت الموءلفات لا تزال تذكره ٠ لان استعماله يستدعي دقة شديدة ومراقبة دائمة قلما يتيسر الحصول عليهما ، استعملت هذا الجهاز كثيراً منذ زمن طويل فلم يرضني ورأيت الكثيرين يستعملونه فلم يكونوا راضين عنه ايضاً وعليه فتركه خير من استعماله واذا كان لا بد من ابقاء شيء منه فليحتفظ

بطريقة الرد فقط ·

يجب قبل وضع الجهاز تأكد ما اذا كان المريض في حالة تمنع تطبيق الجهاز على عضده كالاعتراض العضلي الكثير الحدوث في الكسور المائلة المتبدلة تبدلاً كبيراً وعليه يجب في هذه الحالة تحري الفرقعة واقول في هذه الحالة لان تحري هذا العرض مضر كل الضرر ومؤلم ولا فائدة منه بعد استخدام الاشعة المجهولة في تشخيص الكسور غير ان هذه الحالة تستدعي تحري الفرقعة لانها اذا لم تسمع على الرغم من ثبوت الكسر كان ذلك دليلاً على الاعتراض العضلي بين القطعتين ويثبت ذلك ايضاً الرسم بالاشعة فمتى اظهر الرسم ان القطعتين متباعدتان احداهما عن الاخرى كان ذلك برهانا على اعتراض عضلة بينهما فيجب حينئذٍ فتح مركز الكسر وازالة هذه العضلة ·

والحالة الثانية التي تمنع وضع الجهاز الشلل الكعبري الاولي الذي يستدعي فتح مركز الكسر ايضاً والتفتيش عن العصب وخياطته متى كان مقطوعاً او تخليصه من الضغط متى كان مضغوطاً او مرضوضاً وجعله في مأمنٍ من ان يحيط به الدشبذ المقبل

وخط الكسر في الكسور فوق اللقمتين مائل الى الاسفل والامام والقطعة العليا تدخل في العضدية الامامية والقطعة السفلى يجرها تقلص ذات الرأسين فتعلو وتذهب الى الوراء فيستدعي الرد حينئذٍ التمديد اولاً فالعطف ثانياً · ويجب ان يثابر على العطف الحاد زهاء ١٥ يوماً . وجبيرة بروكا الحلقية هي احسن جهاز لانها تسمح للطبيب بمراقبة الكسر بالاشعة المجهولة · وحذار من التمسيد ·

وكسور اللقمة العضدية وحدها تستدعي التسمير الا اذا كان ردها مستطاعاً

بالعطف او التمديد مع الاستلقاء ٠

وكسور البكرة تعالج بالتمديد المتواصل والمرفق معطوف زاوية قائمة واليد في حالة استلقاء عنيف فيأتي سطح الزند المفصلي في هـذه الوضعة ويستند الى القطعة السفلى ويعيدها الى مقرها ٠ واذا لم تنجح هذه الطريقة تسمر القطعة المنكسرة٠ والقطع في كسور مـا فوق البكرة ومـا فوق اللقمة تنخفض بالعضلات المرتكزة عليها وهي العاطفات فتعالج هذه الكسور والمرفق منعطف وتثبت برباط ضاغط او بالتسمير ٠

يقول بروكا « لا تعتقدوا بانكم تعيدون الى المرفق شكله ووظيفتـه حتى متى عالجتم الولد منذ البدء ووضعتم الاجهزة الاكثر ملائمة ٠ » لان التهاب المفصل وتشعب السمحاق الطافح في الاحداث هما عاملان شديدا الخطر ومعظم هـذه الكسور تقع داخل المفصل فتثبيتها يجب ان يكون قصير المدة وحذار من التمسيد لانه ينبه السمحاق ومن التحريك المنفعل ٠

كسور الساعد اذا وقع الكسر في الناتىء المرفقي ولم يكن تبدل ثبت المرفق ١٢ ١٥ يوماً وهو منبسط في ميزابة جبسية فتسترخي حينئذٍ ذات الرأسين ٠

واما كسور هذا الناتىء التي يرافقها تبدل فتستدعي التوسط وكسور النهاية العليا للكعبرة وعنقها وهي نادرة تستدعي التثبيت وربما قضت الحال بنزع القطعة المنكسرة او استئصال الرأس متى عاق الحركات ٠

وكسور النهاية العليا لجسم الزند المسماة كسور مونتاغيا قد تعرقل بانخلاع رأس الكعبرة وهذه الافة خطرة اذا لم تشخص منذ البدء ٠

يقول كيرميسون : الخلع هو كل شيء اما الكسر فلا اهمية له فيجب اذن

ان يرد الخلع بعد التخدير العام فيعهد الى المعاونين بالتمديد ومضاد التمديد والجراح يمسك المرفق براحة يده ويدفع الرأس معيداً اياه الى مـا تحت اللقمة ومتى اعيد الى مكانه يثبت الطرف وهو منعطف انعطافاً حاداً ٢—٢٥ يوماً في ميزابة جبس خلفية · غير ان التوسط الجراحي ضروري في اكثر الاحيان لرد الخلع واستجدال الزند

وجسما عظمي الساعد يمثلان كما بين ذلك دستو مفصلاً حقيقياً عظم الزند هو العظم الثابت فيه الذي تدور حوله الكعبرة في حركتي الكب والاستلقاء · وسلامة عنصري هذا المفصل ولا سيما انحناء تقبب الكعبرة الوحشي ضرورية لاجراء حركات الدوران حول الزند وبقائها متسعة · فتزوي القطع وتراكبها اللذان يقصران هذين العظمين ويملئان الفرجة بين العظمين والانفتال كل هـذا يحدد الحركات وذات الرأسين التي تجري حركة الاستلقاء تضع القطعة العليا في حالة الاستلقاء التام بيد ان المربعة او المدورة الكابة تجعل القطعة السفلى في حالة الكب · فينجم من هذا الانفتال ان حركات دوران الساعد قد تمحى بتاتاً وعليه فالرد التشريحي يجب ان يعتنى به كل العناية والساعد يجب ان يثبت دائماً في حالة الاستلقاء الا متى وقع الكسر في جسم الزند عنـد ثلثه السفلي وهو الكسر الوحيد من كسور الساعد الذي لا يثبت في حالة الاستلقاء وسبب الانفتال هنا هو تقلص المربعة الكابة فيجب ان تكون مسترخية وذلك بالتثبيت في حالة الكب في نصف ميزابة جبس ·

ولكي يرد كسر منفرد واقع في جسم الكعبرة وعند ثلثها المتوسط يجرى التمديد على المعصم وتضاد التمديد على المرفق ويثبت في ميزابة جبس معتنقة

للضرة والالية والمرفق و يعطف المرفق لتسترخي ذات الرأسين و يثنى الساعد الى جهة عظم الزند و يوضع في حالة استلقاء عنيفة و يبدأ بالتحريك في اليوم العشرين وتنزع الميزابة في الثلاثين ·

ومتى وقع الكسر في جسم عظم واحد يجب ثني اليد الى الجهة السليمة وعطفها قليلا متى كانت القطعة السفلى متبدلة الى امام القطعة العليا وتبسط اليد متى كان التبدل معاكسا لما تقدم وهذا نادر ·

و كسر عظمي الساعد وهو كثير الوقوع في الاولاد اشد خطراً من كسر عظم واحد لان التبدلات جميعها تبدو فيه : الانفتال فتكون القطعتان السفليتان في حالة الكب والقطعتان العلويتان في حالة الاستلقاء · والتزوي فتكون الزاوية منفتحة الى الوراء و يغلب اتجاهها الى الانسي كل هذا يصعب الرد ويكثر من الاعتراضات العضلية والعصبية و يعد الكسر للاشبذ المعيب الجسري والمفصل الموهم وداء فولكمان

فلكي يعاد المحور يجب ان يرد الكسر بعد التخدير او في جهاز ذي تمديد متواصل: جبيرة توما ، اطار التعليق ، جبيرة روفيلوا (متى لم تكن التبدلات شديدة)

وتجب المغالاة في اصلاح التبدلات انفتال الكعبرة ولا سيا انحنائها ثم التثبيت ٣٠ — ٤٠ يوما واليد مستلقية في ميزابة جبس تعتنق المرفق المنعطف زاوية قائمة واليد حتى ثنية انعطاف الاصابع الراحية وتجتنب الانثناءات الامامية والخلفية والجانبية و يحرر الابهام والاصابع جيداً وحذار من وضع جهاز جبسي دائري اجتنابا لفقر الدم الموضعي وداء فولكمان و يجب التحقق مرات عديدة من وضعة القطع و يبدل الجهاز متى اتسع ·

واذا كان الرد مستحيلا او غير واف بالتثبيت كان الاستجدال موافقا لان كسور عظمي الساعد تدخل في زمرة الكسور التي يشار بها بالاستجدال ·

وكسر النهاية السفلى للكعبرة هو اكثر كسور الساعد وقوعاً والتبدل المسمى ظهر الشوكة فيه اشهر من ان يذكر فهو ينجم كما لا يخفى من اندفاع القطعة المكسورة الى الوراء وانتقالها الى جهة الحافة الكعبرية وانفتالها الخفيف نحو الكب بالنسبة الى القطعة الثانية الباقية في حالة نصف الاستلقاء

وبعد ان يرد الكسر تعطف اليد وتثنى على الحافة الزندية وتجعل في حالة الاستلقاء وهذه هي الوضعات المخالفة للوضعات التي اتخذتها القطعة المكسورة حين تبدلها · ويترك الجهاز ١٥ - ٢٠ يوما فقط اجتنابا لتيبسات المعصم ·

وجبيرة هانكان التي تثبت الكسر في وضعة متوسطة والكثيرة الاستعمال لا تراعى فيها حالة الاستلقاء وتفضل عليها ميزابة تعتنق المرفق .

ومتى رض معصم اليد يجب ان يفتش جيداً في الرسم الكهربي عما اذا كانت عظام الرسغ قد اصيبت ام لا الزورقي والهلالي والعظم الكبير لان كسر هذه العظام او انخلاعها يستدعي توسطا جراحيا يرد به العظم او يستخرج ·

ويستدعي كسر قاعدة المشط الاول او كسر بانت (Benett) التمديد مع التبعيد ١٥ — ٢٠ يوما — وكسور الامشاط الاخرى التي لا يرافقها تبدل في اكثر الاحيان تشفى بعد ان تثبت ١٥ يوما على خشبة

وتعالج كسور السلاميات بالتمديد المتواصل ١٥ يوما المجرى بقطعة من المشمع وانبوب من المطاط وخشبة صغيرة

هذا ما يقال باختصار عن كسور الطرف العلوي وطرق تثبيته ·

معالجة كسور الطرف السفلي المغلقة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يحمل الطرفان السفليان والشخص منتصب الجسد كله فيجب والحالة هذه ان يبقيا سالمين ليقوما بهذه المهمة الكبيرة وطول الطرفين السفليين المتعادل شرط واجب في توازن الحوض وانتظامه . اما في اثناء المشي فالطرفان السفليان يقومان بمهمة الدفع فسلامة المحاور والعضلات والمفاصل اذن واجبة

كل هذا يبين لنا الصعوبة التي يلاقيها الجراح في اعادة العضو المكسور الى حالتيه التشريحية والوظيفية

ولا يستطاع فصل الطرفين السفليين عن الحوض لان آفات الاولين تؤثر في الثاني .

فكسور الحوض تثبت في ميزابة بونه مع رباط جسد متى كان وصل العانة مبتعداً ابتعاداً محسوساً ولم يكن هناك شظية عظمية يخشى منها على المثانة

اما في كسور الجوف الحقي او الكسور العمودية المضاعفة فالتمديد المتواصل واجب .

....

و كسور الفخذ اما ان تكون داخل المحفظة او خارجها فالاولى تستدعي في الغالب التوسط الجراحي والثانية يكفيها التجبير عادة

و كسور عنق الفخذ هي الكسور التي يستدعي اندمالها الوقت المديد و يقسمها

دلبه الى الكسور العنقية المدورية او الكسور خارج المحفظة والكسور العنقية الحقيقية التي تقسم بدورها الى كسور تحت الرأس و كسور مجتازة العنق ·

فالكسور العنقية المدورية تندمل بدشبذ عظمي واما الاخرى فكثيراً ما تفضي الى مفصل موهم · ولا سيما متى كانت القطعة الانسية قصيرة ·

وفي المعالجة طريقتان : التجبير في الكسور العنقية المدورية والجراحة في الكسور العنقية الحقيقية · والغاية هي اجتناب المفصل الموهم الذي يقل وقوعه في الكهول ويكثر في الشيوخ وينجم منه عجز يكاد يكون تاماً بسبب الالام التي يحدثها حين المشي ·

واذا اردنا ان يكون رسم العنق الشعاعي حسناً ونعلم بـه مقر خط الكسر يجب ان يرسم الطرف والقدم مدارة الى الانسي · ولا يجوز ان يبدو المدور الصغير في الرسم او ان يبدو قليلاً اذا كان لا بد من ظهوره فهذه الوضعة ترسم العنق رسماً تاماً واضحاً · وبعد ان يثبت ان الكسر في العنق يجب تأكد ما اذا كانت حالة المريض العامة تتحمل التوسط الجراحي قبل مباشره اجرائه لئلا يموت المريض بعد بضعة ايام متأثراً من الصدمة الجراحية ·

فاذا كان المكسور معتوهاً او هرماً يكتفى بوضع لوح من الخشب تحت فراشه وباجراء التمديد والتبعيد او بوضعه في ميزابة بونه التي يستطاع فيها رفع المريض وتنظيفه وتراعى قاعدة لوقا شامبيونيار القديمة وهي التحريك الباكر ويترك المريض في الوضعة التي يستطيع تحملها لان الغاية الاولى هي اجتناب العراقيل الرئوية واما الاندمال فهو في المرتبة الثانية من الاهمية ·

فاذا لم يمت المريض من صدمته وكان يرجى اندمال العظم يجرى التجبير

في الكسور العنقية المدورية او الكسور خارج المفصل · والقاعدة هي هي لا تتغير يرد الكسر باجراء حركات مضادة للتبدلات التي اصابت القطع و يثبت بعد الرد في جهاز جبسي كبير كما في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي · هذه هي طريقة رويال ويتمان ويظهر انها فضلى الطرق غير الجراحية في معظم الحالات ·

بعد ان يخدر المريض يوضع على مسند الحوض و يشد معاونان طرفيه السفليين شداً متعادلاً بعد تبعيدهما وادارتهما الى الانسي لان التبعيد يرخي العضلات الحوضية المدورية و يجعل القطعة السفلى في اتجاه القطعة العليا ولان الدوران يغلق الزاوية المنفتحة في الامام المؤلفة من سطحي العظم المكسور · ويراقب الجراح هذا الانطباع جيداً · والتبعيد حتى الدرجة ٤٥ او ٥٠ يجعل القطعة السفلى ملاصقة لحافة الجوف الحقي الذي يمنع صعودها
ويراقب الرد الحسن بقياس الطرفين ومقابلة طول احدهما بالاخر · و يثبت هذا الرد بسنبلة كبيرة جبسية تثبت الطرف في حالة تمديد وتبعيد تامة ودوران الى الانسي ·

فهذا الجهاز الذي يثبت الكسر بعد رده تثبيتاً حسناً ما امكن يتصف بهذه الحسنة وهي انه لا يحتاج الى رقابة متواصلة

ويدار المريض في سريره يمنة و يسرة اجتناباً للاحتقان الرئوي ويضجع على بطنه احياناً اجتناباً للخشكريشة · ويبقى هذا الجهاز ٨ - ١٢ اسبوعاً وعلى المريض ان يلازم فراشه عدة اسابيع بعد نزع الجهاز ريثما تستعاد الحركات وتمرن العضلات ·

واذا كان تداخل والوضعة شديدة العيب وكان الواجب يقضي بفك هذا التداخل فان للتسمير حسب طريقة دلبه احسن النتائج ·

وطريقة دلبه هي فضلى الطرق في معالجة كسور العنق الحقيقيـة غير ان التسمير بلولب معدني قد اهمل الان وحل محله ادخال طعم مأخوذ من الشظية وكان دلبه لا يستعمل هذا الطعم الا في معالجة المفاصل الموهمـة · ثم انهم لاحظوا ان كثيرين من المسمرين لم يكونوا يشون الا بفضل هذا المحوى وان الدشبذ لم يتكون فيهم · وبما ان الغاية المقصودة من التسمير هي تقريب السطحين العظميين ليتكون الدشبذ فقد اختير الطعم الشظوي في الحادثات الحديثة العهد وهو طعم لا يلبث ان تمتصه الاوعية الشعرية ويعيض عنه نسيج عظمي جديد التكون · وانني استعمل هنا طريقـة نودنبوس لسهولتها فانـه يستطاع اجراؤها في كل مكان دون ما حاجة الى آلات خاصة سوى مثاقب تدعى المثاقب الاميركية ومحرك تعلق به هذه المثاقب وتدار · وقد كنت ادخل منتصف رأس الفخذ كلما كنت احتفر نفقاً في العظم والطرف مبعد حسب خط يصل النقطة التي يثقب بها العظم الواقعة تحت القنزعة المحـددة للمدور الكبير بالشوك الحرقفي الامامي العلوي في الجهة المضادة

ويجوز ان يثبت الطرف بعد هذه العملية في جهاز جبسي كبير غير ان في هذا ما فيه من المحاذير ولا سيما الخشكريشات وقد استعضت عنه بجهاز تمديـد معلق يثبت الطرف به ولا يسمح للمريض بالمشي قبل الشهر الرابع او السادس لان الطعم العظمي يكسر اذا ما مشى المريض قبل الوقت المعين ومـدة المعالجة الخلقية (الفسيولوجية) لا تقل عن سنة ·

واما كسور جسم الفخذ فهي الكسور الكثيرة الوقوع التي تتبدل القطع فيها العليا الى امام السفلى وقد يبلغ التراكب مبلغاً كبيراً (٨ - ١٠ سنتمترات) وكلما وقع الكسر عالياً كان تبدل القطعة العليا كبيراً وكلما وقع وطياً تبدلت القطعة السفلى. والصعوبة الشديدة التي يجب التغلب عليها هي التقلص العضلي

وكسور ما تحت المدور يصعب اصلاحها لان القطعة العليا قصيرة جداً ومنفتلة الى الوحشي بالعضلات الحوضية التروختارية ومبعدة بالالويتين المتوسطة والصغيرة ومنعطفة بابي سواس.

والقطعة السفلى مشدودة الى العالي بالوركيات الساقيات (الوترية النصف والغشائية النصف وذات الرأسين) والى الانسي بالمقربات فتنجم من هذا زاوية قمتها الى الوحشي وفرجتها في الانسي والخلف وهي التي تؤلف قوس البندقية

فالمعالجة الوحيدة في حالة كهذه هي ولاشك الاستجدال (ostéosynthèse) واذا رفض المريض ذلك يجرب التمديد المتواصل بجهاز تيو المشترك مع جبيرة الليونيين الحوضية الظهرية القدمية او التعليق والتمديد المتواصل والطرف منعطف بعد ثقب لقمتي الفخذ بالسفود غير ان هذه المعالجة تستدعي الرقابة الشديدة والا كانت النتيجة سيئة.

وقطع العظم المكسور متى وقع في القسم المتوسط سواء اكان الكسر معترضاً او حلزونياً او مفتتاً عرضة لافعال عضلية شديدة. فان القطعة العليا بفعل ابي سواس والحوضيات المدورية تبعد وتنعطف وتدور الى الوحشي وتبرز في الوحشي والامام. والقطعة السفلى تؤلف زاوية مع القطعة العليا بعد ان تجرها الى العالي والانسي المقربات وهذا ما يسمى التبدل القوسي الذي تشتد

درجته كلما علا الكسر . وهذه التبدلات الزاوية مركبة يضاف بهـا القصر الى الانفتال .

واذا ردّ الكسر مباشرة فقلما تثبت الاجهزة الجبسية قطع العظم تثبيتاً حسناً . لان هذه الاجهزة لا تجد نقط استناد ثابتة حتى متى خيل ان الرد كان حسناً فان الجهاز يتسع بسرعة والعضلات تعود الى التقلص ويحتـاج الجراح الى تبديـل جهازه ويستثني الاولاد الذين لا يعرضهم ضعف عضلاتهم لهـذه التبدلات بل يكتفى فيهم بهذه الوسائط .

والتمديد المتواصل هو الواسطة الوحيدة التي يستطاع بهـا التغلب على عضلات الفخذ وفضلى الطرق هي الطريقة التي يشرك بها التمديد مع التعليق ويجب ان تهمل طريقة تيو التي يشد بها الطرف وهو مستقيم وطريقة هانكان التي يشد بها وهو منعطف لان الاولى تسهل احتقان الرئة في الشيوخ وتحدث التيبسات المفصلية ولان الثانية قد ترض الحزمة الوعائية العصبية وكلتا الطريقتين تشدان الركبة وقد تؤديان الى استرخاء مفصلها وفضلاً عن ذلك فان قوة التمديد تمحوها السطوح الخلوية الصفاقية ولا ينتقل منها الى الصقل الا الجزء اليسير فافضل طريقة في التمديد يستطاع استعمالها كلما سنحت الفرصة هي ما يشد العظم مباشرة وذلك بسفود ستاينمن . وقد عين فرسون وتوبا النقطة المنتخبة لوضع هـذا السفود وهي على تصالب خطين اولهما واقع على امتداد محور القطعة السفلى والثاني مار بحافة اللقمتين العليا .

ويجب ان يراعى التعقيم الشديد في اجراء هذه العملية وان يراقب المراقبة الدقيقة ما زال السفود موضوعاً . فهذه الطريقة التي يستطاع بها تعليق الطرف

ايضاً في جهاز توما او في احد مشتقاته (توما لاردينوا، جيرة روفيلوا العمومية) تنقص ضياع القوة المحدثة على الركبة المنعطفة والانعطاف هو اكثر الوضعات ملائمة للاسترخاء العضلي . والتبعيد يجعل القطعة السفلى في اتجاه العليا والتمديد يخفف . واذا ساعد المريض او من يحيط به الجراح بالمراقبة كانت النتائج باهرة

والمثل الأسمى في هذه الحالة هو الإطار فان التمديد فيه يستطاع اجراوءه حسب الاتجاهات المختلفة والقصوى رداً للتبدلات الكبيرة وليس هناك اقل ضياع في قوة الشد ويستطاع استعمال جبائر هودغن بدون ان تستند الى المريض وتحريك المفاصل مستطاع منذ اليوم الثامن واستعادة الوظيفة الباكرة محققة .

ومتى بدأ الاندمال يستطاع حينئذ التثبيت في جهاز جبس ولكن اذا كان الرد متعذراً بطرق التجبير هذه التجيء الى الاستجدال وهو الطريقة الاكثر تعريضاً للتعفن . ولا يسمح للمصابين بكسور جسم الفخذ بالمشي قبل ان تمر مائة يوم على كسورهم الا اذا كانوا يحملون جهازاً يجيز لهم السير (جهاز داليه) لانه اذا سمح لهم بالمشي في اليوم الخمسين قد يكسر الدشبذ او ينثني فيتقوس وهذا ما يجب اجتنابه والنقه يستدعي ثلاثة الى اربعة اشهر .

وفي الرضيع يستطاع تثبيت الطرف وهو منبسط على الصدر فيعاد الرضيع الى وضعه الجنيني وفي الاولاد الصغار يعلق الطرف عموداً ويشد ريثما ترتفع الية الجهة المصابة عن سطح السرير ولكن حذار من الخشكريشات الكعبية او فوق الكعب التي تحدثها الربط فلتوضع هذه فوق الكعبين واذا بقي بعض التبدل ولم يرد الكسر جيداً فكل هذا يتحسن في سياق النمو . ومتى كان الولد اكبر

سناً رضي بأن توضع له جبيرة توما الصغيرة فان جبيرة العضد في الكهل يستطاع استعمالها للطرف السفلي في الولد · والجهاز الجبسي مستحسن ولا مندوحة عن استعماله في بعض الحالات اما السفود فلا يجوز استعماله البتة في الولد لان غضروف الاتصال يرض به فيتشوش نمو الطرف ·

وتتجه القطعة العليا في الكسور فوق اللقمتين الى الامام والوحشي وقد تمزق الرتج تحت المربعة الرؤوس او الاقسام الرخوة وتتجه القطع السفلى الى الانسي بالمقربات وتنقلب الى الوراء بالتوأميات وتنحرف القدم والركبة الى الوحشي · ورد هذه الكسور مستصعب لان انصباب الدم المفصلي وقصر القطعة السفلى يعيدان الاستناد الى هذه القطعة وهمياً و يجب مع ذلك اجتناب العراقيل الوعائية العصبية الكثيرة الحدوث والتفكير في اعادة الركبة الى وظيفتها · فالتمديد المتواصل الشديد ضروري اذن (١٢—١٥ كيلواً مدة ٤ — ٥ ايام ثم ٥ - ٦—٧ كيلوات مدة ستة اسابيع) وهذا لا يستطاع اجراؤه على ركبة منعطفة معلقة الا بسفود مخترق للعظم والعطف يرخي عضلات الساق و يصلح بعض الاصلاح هبوط القطعة الى الوراء والاستجدال واجب متى كان الرد متعذراً او المحافظة على الرد مستصعبة وهو يسهل كلما بكر في اجرائه · والاندمال بطيء والتثبيت واجب ما لا يقل عن ستين يوماً ·

والكسور بين اللقمتين تستدعي الاستجدال بسرعة لانها كسور مفصلية ولان الاستجدال وحده يعيد العظم الى وضعه الحسن والامر الذي يجب اجتنابه في هذه الحالة هو القسط (ankylose) ·

· · · ·

وليس ما يقال في كسور الداغصة لان الاراء مجمعة على التوسط الجراحي فيها: خياطة الجناحين بالشعر او احاطة الدائرة بحلقة وهذا مفضل · و يجب ان يحرك المفصل تحريكاً فاعلاً و يبكر فيه لانه افضل واسطة لاجتناب الانصباب المفصلي وان يبدأ بالمشي في اليوم الثامن او العاشر ·

. . . .

و كسور مشاشة الظنبوب العليا ولا سيما كسور الحدبة الانسية التي تحمل ثقل الجسد تستدعي التسمير ·

و كسور حدبة الظنبوب الامامية تعالج بالتسمير كما ان كسور جسم الظنبوب تعالج بجهاز دلبه الجبسي وقد عمّ استعماله اقطار العالم و كذلك القول في كسور الكعبين و كسور عظمي الساق · فهو افضل جهاز لانه يثبت القطع المنكسرة و يبقي المفاصل حرة والعضلات طليقة ·

والقصر والتراكب في هذه الكسور يعودان الى عضلات المسكنين الامامي والخلفي الطويلة ·

فان المربعة الرؤوس التي ترتكز على الحدبة تدفع الى الامام قطعة الظنبوب العليا ومثلثة الرؤوس الحموية (triceps sural) تقفد القدم وتجذب قطعة الظنبوب السفلى الى الوراء فتتكون من القطعتين العليا والسفلى زاوية فرجتها في الوراء ·

والرد واجب اجراؤه بسرعة بعد التخدير · والتمديد يجرى بالاثقال حسب التعليمات التي تذكرها جميع المؤلفات ولا حاجة الى وصفها ووصف جهاز دلبه وهو اشهر من ان يعرف اما تضاد التمديد فيتم بواسطة الجسد الذي ترفع قدماه ويخفض رأسه ومتى رد الكسر جيداً يثبت بجبائر جبس تستند الى القسم

العريض من قرص الظنبوب ورأس الشظية في العالي والى الكعبين في الاسفل وليتنبه اشد الانتباه حين وضع الطوقين لئلا يستندا الى الحدبة الامامية او الى وتر الساقية الامامية الذي يجب ان يبقى حراً ·

وقنزعة الظنبوب اذا مد خط منها يجب ان يقع في الفوت الاول (الفاصل بين اصبعين) والشوك الحرقفي الامامي العلوي ومنتصف الداغصة والحافة الانسية للابهام يجب ان تقع على خط مستقيم واحد ·

ويجب ان تكون القدم زاوية مستقيمة على الساق وان تثبت في هذا الوضع اجتناباً للقفد (équinisme) ويجب في الوقت نفسه ان يجتنب تزوي القدم الى الامام ·

ويبدل الجهاز متى اتسع ويقع ذلك ٢—٣ مرات وينزع قبل ٣٠—٤٠ يوماً

واما في كسور الثلث السفلي الحلزونية التي لا ترد فيجب الالتجاء الى الاستجدال لان التمديد المتواصل في الساق صعب تحمله ولا تعالج به غير الكسور المفتوحة وجهاز دلبه حسن النتائج في الكسور الكعبية ايضاً على ان يصلح هبوط القدم الى الوراء والانفراج الظنبوبي الشظوي وانقلاب القدم الى الوحشي وان يغالى في تقويم القدم حتى يجف الجهاز ·غير انه لا يسمح للمرضى بالمشي قبل اليوم العشرين او الخامس والعشرين بل يشار عليهم بتحريك مفاصلهم وتقليص عضلاتهم فقط وهم في اسرتهم · ولست اضع الساق في ميزابة ثمانية ايام الا في كسور عنق القدم المتفتتة التي تشابه بها هذه الناحية كيساً من الجوز وتثعرقل بكسر فوق الكعبين توضع الميزابة حينئذ مع التمديد المتواصل ·

واذا تعذر الرد يلجأ الى التسمير او التلولب (vissage) ·

وكسور عظم الكعب مع تبدل تستدعي استئصال هذا العظم ثم التثبيت في جهاز جبسي والقدم زاوية قائمة على الساق على ان يعقبه التحريك المبكر . واما الكسور بدون تبدل فكثيراً ما تفضي الى التهاب المفصل الذي يستدعي استئصال عظم الكعب فيفضل والحالة هذه استئصال هذه العظم منذ البدء .

وتعالج كسور العقب في اكثر الاوقات بالتلولب وانذارها محفوظ حتى متى لم تنهدم قبة القدم : ويفضي التثبيت والحمامات والتمسيد فيها غالباً الى الاقعاد الشديد .

ويجب ان يجتنب انهيار قبة القدم في كسور عظام الرسغ الاخرى

وتثبت كسور الامشاط ٨ ١٥ يوماً مع مغاطس حارة والخ ومتى كان تبدل كبير في كسور المشط الاول او الخامس كان الاستجدال خير المعالجات .

واذا كان التمديد ضرورياً في كسور الامشاط فانه يجرى على نسق ما رأينا في كسور اصابع اليد .

تنبيه

جاءتنا من حضرة الاستاذ احمد حمدي بك الخياط الكلمة الاتية :

جاء في الصحيفة (٢٠٧ الجزء الرابع ، المجلد السابع) من هذه المجلة انني اسميت (الاوزون) بالفواح ، والحقيقة اني لست الراضع لهذا الاسم بل نقلته عن المرحوم الطبيب توفيق صدقي ، ولا ادري ما اذا كان هذا الوضع له او انه استحسنه ونقله عن غيره كما استحسنته واستعملته . فبياناً للحقيقة جئت بكلمتي هذه راجياً نشرها ولكم الشكر الجزيل الجراثيمي

احمد حمدي الخياط

خلاصة موئتمر بوردو

«٧»

للدكتور انستاس شاهين
رئيس سريريات امراض الاذن والانف والحنجرة

المداواة

١ً – في الصداعات العينية

لو اعدنا انظر قليلاً في المقالات السابقة نجد ان مداواة الصداعات تنحصر بازالة النقطة الشائكة المخرشة . ولو اردنا ان نأتي على ذكر مداواة جميع الصداعات العينية لاحتجنا الى سرد معالجة امراض العين والوقب جميعها من جراحية وطبية وبصرية . فنكتفي بان نضع نصب اعيننا علم الخلقة المرضية لنعلم ان كل صداع اياً كانت شدته يزول بزوال السبب الداعي الى احداثه ولنأخذ مثلاً السعيقة (glaucome) المتصفة بشدة الضغط الداخلي في العين فانها ولو بلغت من الشدة مبلغاً كبيراً وكانت نوبة الصداع فيها موءلمة لا تطاق تسكن في الحال متى انقص الضغط الداخلي في العين بالتوسط الجراحي

ونذكر ايضا سرعة شفاء الصداع وما يرافقه من الاعراض في المصابين بد البصر متى اصلح مد بصرهم بعدسيات موافقة

٢ً – مداواة الصداعات الانفية

تنحصر مداواة الصداعات الانفية المنشإ ايضاً بازالة النقطة الشائكة المخرشة

لانها منبع الالم · فيجب توسيع فوهة الجيب متى كان الالم ناشئاً من التهاب احد الجيوب وانحصار القيح فيه لضيق فوهته · ومتى كان الصداع مسبباً من ضيق المنخر لضخامة احد القرينات يزال هذا التضيق بالتوسط الجراحي · ومتى كان الصداع ناجماً من انضغاط الياف العصب الودي تحرر وتقطع او تخدر او يلجأ الى وسائط اخرى من شأنها ازالة السبب ·

يزيل استنشاق ابخرة المنثول ورذاذ الكوكائيين والادرينالين الصداع في زكام الانف الحاد بتخفيفه احتقان القرينات واصغار حجمها · وقد عد تارنو (Tarnaud) الصداع الزكامي ناشئاً من اختلال وعائي عصبي سببه اختلال ودي عصبي وهو يعتقد ان خير علاج لهذا الصداع اعطاء المريض في اول زكامه عشر قطرات من الادرينالين يتلعها المريض كل ساعتين على قطعة من السكر فتنتظم جملته الودية ويزول الألم بانتظامها وفي الحقيقة فان مفرزات الانف يسهل سُيلانها بعد اخذ هذا العلاج ويقل الزكام ·

ومتى كان انسداد انفي علينا ان نعلم اولاً ما اذا كانت ازالة الانسداد ممكنة ام لا · فان كان سبب الانسداد عظمياً او مخاطياً قديماً يزال جراحياً اما بجزع غضروف الوتيرة او ببتر قنزعة او مهماز غضروفي او بجزع القرين او ذنبه بالنسبة الى حالة الضخامة

واما متى كان سبب الانسداد احتقاناً منقطعاً فالتأني والابتعاد عن التسرع في التوسطات الجراحية واجبان فعلى الطبيب الاختصاصي ان يقوم مقام طبيب داخلي ويفتش عن اسباب انسداد الانف في الاعضاء البعيدة · وعليه ان يتذكر ان كلية مختلة الافراغ او كبداً مريضةاو غدة درقيةضعيفة

الافراز او مبيضاً كسولاً قد تسبب انسداد الانف الاحتقاني وان هذا الانسداد يزول بمعالجة هذه الاعضاء المريضة .

ينشأ صداع التهاب الجيوب الجبهيـة والفكية الحاد غالباً من انحصار مفرزات الجيوب الملتهبة بسبب انسداد الفوهات المرتشحة . فزوال هـذا الارتشاح يكفي لفتح الفوهات وزوال الألم . واحسن واسطـة تجمع بين السهولة وسرعة العمل هي وضع قطعة قطن مبللة بمحلول الكوكائين والادرينالين تحت القرين المتوسط في الصماخ المتوسط وفي قمع الجيب الجبهي . وقد يقف القرين المتوسط بضخامته حائلاً دون ادخال قطعـة القطن ففي حالة كهذه يجب ان يبتر قسمه الضخم . واذا كان المانع انحراف الوتيرة فيجب ازالة هذا الانحراف بالعملية الخاصـة متى كان الامر ممكناً . وعلى الطبيب الا يكتفي بالمعالجة الموضعية فقط بل عليه ان يشركها بالمسكنات العامة كالاسبيرين والبيراميدون والاكونيتين الخ . . .

وربمـا تعذر على الطبيب ادخال قطع القطن المبللة بمحلول الكوكائين والادرينالين بسبب انسداد الانف ولم يستطع ازالة الجسم الساد جراحيـاً لاسباب شتى ولم يأت رذاذ الكوكائين وابخرة المانثول بالفائدة المطلوبة فيجب جرياً على طريقة كانويت وتيراكول ان يخدر العصب الانفي الانسي والجبهي الوحشي بحقنة مخدرة على طول الجدار العلوي الانسي للوقب ان الحقن بالكوكائين في هذه الناحية من الوقب يسكن الألم و يخدر الناحية الجبهية تخـديراً موقتاً فيصبح ادخال حاملة القطن حتى القمع ممكناً او ينتظر ريثما يمر دور الالتهاب الحاد فتجرى المعالجة الجراحية الحاسمة .

وبعد هدوء النوبة الحادة وسكون الألم يجب توسيع فتحة الجيب والقمع بالبشر (rapage) ولا بأس من بتر رأس القرين المتوسط متى كان جسيماً . ولا تجرى هذه العملية الجراحية الا بعد مرور مدة طويلة على الدور الحاد خوفاً من هجوم الجراثيم المنبثة في السطوح المعراة من غشائها المخاطي وتسربها في الاقسام العظمية واحداثها التهاب العظم والنقي الذي يأخذ شكلاً وخيماً في هذه الناحية .

فمتى كان انسداد القمع السبب الاكيد لهذا الصداع الجيبي ادى توسيع هذا التضيق الى شفاء ذلك الألم .

ومتى كان السبب انضغاط العناصر العصبية وتهيج الالياف الودية المجاورة فان التخدير ين الناحي والموضعي مع فثترة الجيب المصاب يأتيان بالنتيجة نفسها لانهما يخففان الضغط عن الالياف العصبية بازالة الاحتقان من القنوات العظمية حيث الاعصاب منضغطة .

وما قيل في التهاب هذه الجيوب الجبهية الفكية يقال في التهابات الجيب الوتدي . ففثترة هذا الجيب وهي امر يسهل عمله في اغلب الاحيان تأتي بفائدة جليلة لانها تسهل انفراغ محتوى الجيب القيحي وتخفف الألم وان هو الا ألم انحباسي يزول بسرعة بعد ايجاد مخرج للمفرزات المجتمعة فيه ، غير ان سيلاناً قيحياً انفياً بلعومياً يعقب هذه الفثترة ويطول أمده

وليس انحباس المفرزات القيحية وحدها يستدعي الفثترة بل الفثترة مفيدة كل الفائدة وان لم يكن قيح منحبس . فارتشاح مخاط الجيب او نمو مرجلات (polypes) او اكياس فيه يكفي لسد فوهة الجيب وحدوث الخلاء الجيبي الداعي

الى الألم الشديد فقثترة الجيب او طلاء فوهته بمحلول الكوكائين او محلول بونان يفتح الفوهة ويهوي الجيب ويزيل الألم ·

يعلل لنا هذا فعل الكوكائين في بعض التهابات الجيب الضخامية التي وصفها رايت وسلودر (Wright et Sluder) حيث نرى تحت المخاط الملتهب عظاماً وسمحاقاً ضخمين ضاغطين للعناصر العصبية المارة في قنوات قاعدة القحف

ويضاف الى قثترة الجيب الوتدي البسيطة والجليلة الفائدة فعل ادخال محاول الكوكائين لباطن الجيب · وقد ذكر لوت (Loth) في اطروحته الفعل العجيب لحاملة القطن المبللة بمحلول الكوكائين والمدخلة في جوف الجيب · يشعر المريض كأن ثقلاً قد زحزح عنه تعقبه راحة واطمئنان ولكن قد ينجم من هذه الطريقة في العلاج امراخر لا تحمد عقباه فقد يلي زوال الألم الوتدي ألم جبهي او محيط بالوقب ·

اما هدوء الألم فموقت فعلى الطبيب اذن ان يكمل معالجته بتوسيع فوهة الجيب توسيعاً كبيراً بطريقة الحفرتين الانفيتين (الطريق القريني او الطريق خلال الوتيرة لسيغورا هيرش (voie trans-septale de Segura-Hirsch) وان توسيع فوهة الجيب بتهويته قد شفى صداعات وتدية كثيرة ·

ويعتقد سارنيون (Sargnon) ان قطع ذنب القرين المتوسط يكفي وحده للشفاء ولكننا بهذه الطريقة نكون قد عرضنا للهواء الدهليز الغربالي الوتدي وليس الجيب الوتدي · (وهذه الطريقة تفيد في التهاب الخلايا الغربالية الخلفية الوحيد او المشترك مع التناذر (syndrome) الوتدي الحنكي)

ويصعب على الجراح جداً ان يعلل سبب الشفاء الذي قد يحصل في

الجراحة الوتدية · افليس النزف المسبب من خزع القرين او فتح الجيب عاملاً مهماً وكافياً لزوال احتقان الغشاء المخاطي وتخليص النهايات العصبية من الضغط الواقع عليها واخص منها الاقسام الجناحية للجيب حيث يسير عصب فيديوس والفكي العلوي عاريين · ولو تركنا جانباً التحفيض (drainage) الذي ينجم من فتح الجيب وما له من الفوائد الجمة في شفاء جيب متقيح فان تهوية الجيب والنواحي المجاورة له تزيل احتقان مخاط الخلايا الغربالية الخلفية وفوهة الجيب الوتدي

ويجب في جميع حالات الصداع التي تظهر بها الجيوب جميعها سالمة ويبدو فيها تاذر وتدي حنكي (عطاس وانسداد الانف ، وسيلان الانف) مضافاً الى الصداع ان تعاين الحفرتان الانفيتان معاينة دقيقة ولا سيما ناحية القرين المتوسط · فان كان القرين ملاصقاً للوتيرة يجب تفريقه عنها بحاملة القطن المبللة بمحلول الكوكائين او محلول بونان · فتدخل حاملة القطن بلطف مستندة الى جدار الوتيرة حتى تفصله عن القرين المتوسط ولا خوف من رض القرين ولو ادى الامر الى خلعه ونزعه · فبعد الألم الذي تسببه هذه العملية البسيطة يبدأ الصداع بالزوال تدريجاً · فيكون اذ ذاك الصداع ناجماً من ضغط القرين للوتيرة فيجب قطع القرين المتوسط برمته او الاكتفاء ببتر ذنبه فقط لتخليص المريض من اوجاعه الشديدة وقد اجمعت اراء كثيرين من العلماء على اجراء هذه العملية كسارنيون ودوفورمانتيل ومونيه وورمس (Sargnon Dufaurmentel , Mounier , Worms)

ويعتقد مونيه خاصة انه حينما يزداد الألم بملامسة حاملة القطن للقرين

الضخم يجب حينئذ فقط اجراء العملية الجراحية الآنفة الذكر ·

ولكن ما هي العلاقة بين بتر القرين المتوسط او مهماز نام على الوتيرة وزوال الصداع ؟ ان اتلاف النهايات العصبية المهيجة بضغط القرين المتوسط للوتيرة وحصول النزف بعد قطع القرين هما السببان الاساسيان لزوال الألم لاننا باتلافنا للعناصر العصبية نكون قد ازلنا القسم المحسس وبحصول النزف نزيل الاحتقان في الاغشية المخاطية · ولو تأملنا قليلاً في ناحية القرين المتوسط نجدها انها تعد كسرة الجوف الانفي وان خلف القرين تنتهي الحزمة الوعائية العصبية الوتدية الحنكية وفي قربها توجد العقدة العصبية ففي هذه الناحيـة مجمل الاعصاب النخامية وببتر القرين المتوسط نكون قد أزلنا الناحية الحساسة (برتن Bertein) ·

ولكن الامر لا يكون دائما هكذا فقد نجد ناحية القرين المتوسط خالية من العاهات وواسعة يرى فيها الصماخ المتوسط حتى جدار الجيب الوتدي وعلى الرغم من كل هذا فان تخدير ذنب القرين المتوسط وحقن الشعبة الوتدية الحنكيـة بمواد مبدلة يشفيان الألم وقد دعا بعضهم هذه الطريقة الدوائية بالطريقـة العجيبة لانها لا تقتصر على تسكين الاوجاع الجبهية والقفوية فقط بل نوءثر في تشعباتها البعيدة كالالام الاذنية والخشائية والعنقية والعضدية حتى الوركية ايضا فتزيلها تماما ولا يقف فعلها عند هذا الحد بل يتجاوزه فهي تزيل او تخفف الاعراض التالية كالدوار وطنين الاذان والدماع والسعال البلعومي · فما هو هذا الفعل الدوائي وكيف يتم ؟

ان اول عمل يجب ان يبدأ به للقيام بهذه المعالجة هو طلاء الناحيـة

الوتدية الحنكية بمحلول بونان وهو عمل بسيط وقد يكفي وحده في تسكين الصداع . وهذه المعالجة قد عمّ استعمالها في اميركا بفضل جهود ايفنغ وسلودر غير انها لاقت في اوروبا معارضين كثيرين من القائلين بالطرق الدوائية القديمة ولكن يجب اعطاء هذه الطريقة البسيطة ما تستحقه من المقام لما لها من الفوائد وما هي عليه من البساطة وعدم الضرر .

وتطبيقها يستدعي منظاراً انفياً ذا شعب طويلة وقضيباً حاملاً للقطن طرفه معقوف زاوية منفرجة قبل نهايته بـ ١ ٢ سم . فبعد ان يبلل القطن بمحلول بونان يدخل تحت ذنب القرين المتوسط وفي هذا بعض الصعوبة متى كان الجوف الانفي ضيقاً . ثم تطلى الناحيــة خلف القرين ويجرب ادخال حاملة القطن في فوهة الجيب الوتدي فيكون التخدير اكثر اتساعاً والنتائج اكبر . وتكرر العملية حتى لا يعود المريض يشعر بادخال حاملة القطن في انفه ويقع هذا غالباً بعد الطلاء الثالث . وهناك عدة محاليل تستعمل للغرض نفسه منها محلول نتراة الفضة بمعدل ١ ٠/٠ ومحلول حامض الفينيك الغلسريني بمعــدل ١ ٠/٠ يضاف اليه قليل من اليود واليودور بمعدل عشرة سنتغرامات في مائة سنتمتر مكعب

فبعد الجلسة الاولى يحصل انفعال منعكس انفي وجهي شديد . وهــذا يثبت سرعة تأثر العصب الودي وشدة حسية الشخص المصاب .

ومتى كان الصداع قديم العهد والشروط التشريحية الانفية غير ملائمة لطلي الياف العصبين المثلث التوائم والودي الناشئين من العقدة الوتدية الحنكية يجب ابدال هذه الطريقة بحقن مادة محولة كالنوفوكائين والكحول . ويجب

ان تحقن بهذه المواد منطقة العقدة حول الالياف العصبية التوأمية الودية في الناحية الاكثر عمقاً من الحفرة الجناحية الفكية اما الطرق التي يجب اخذها فهي الثقبة الحنكية (والحذر من استعمال الكحول في هذه الحالة خوفاً من حقن الوعاء به) والطريق العذاري وطريق باطن الانف ·

وتستدعي هذه الطريقة استعمال ابرة طولها ٨ — ١٠ سم تدخل جذر القرين المتوسط في قسمه العلوي الخلفي الوحشي وتجتازه فتدخل الجدار الليفي الكائن خلف قاعدة القرين الذي يسد الثقبة الوتدية الحنكية ·

وتشبه هذه الطريقة بزل الجيب الفكي من الصماخ السفلي · وهي طريقة ليست سهلة الاجراء دائماً لان حقن احدى الخلايا الغربالية او تحت مخاط القرين او قناة فيديوس بهذه المواد مستطاع غير ان هذا الخطأ لا يفضي الى ضرر

وقد استنبط رماديه اجتناباً لثقب قاعدة القرين المتوسط العظمية ابرة معوجة زاوية قائمة على بعد ٧ ملمتر من ذروتها · تدخل الابرة ملاصقة لجدار الوتيرة حتى خلف القرين المتوسط فتثقب الجدار الليفي المخاطي حذاء الثقبة الوتدية الحنكية وقد اجتنب هذا المؤلف بعمليته هذه جرح نهاية الفكي الباطن

اتت هذه الطريقة بنتائج باهرة بازالتها الالم ازالة تامة عدة اشهر في كثير من المشاهدات وهي اذا لم تشف الصداع دائماً تخففه كثيراً متى كان ذا منشإ انفي اي صداعاً توأمياً ودياً صرفاً

ولكن كيف يتوصل طلاء سرة الانف او حقن المخدر في الثقبة الوتدية الحنكية الى تسكين الألم؟ أيفعل ذلك بتخدير العصب الفكي العلوي؟ ان الجواب على هذا سلبي لانه لو كان كذلك لشمل التخدير الحفاف والحفرتين الانفيتين

والناحية النابية مع ان الامر ليس كذلك · فالتأثير يجب ان يكون بواسطة الالياف الودية · هذا ما يمكننا قبوله كيف لا ونحن نعلم كثرة مـا في القسم الخلفي من الحفرتين الانفيتين من الالياف الودية ونعلم ايضاً فعـل العصب الودي في الاحتقان والالام · فطلاء الناحية بمحلول بونان والحقن بمادةمبدلة يسببان انقباضاً وعائياً موضعياً سريعاً يعقبه حس لذيذ فيشعر المريض كأن الثقل الضاغط لجبهته قد زال وان انفه قد انفتح · اوليس هو العمل ذاتـه الذي قد ينتجه قطع الالياف الودية المحيطة بالسباتي الباطن · وقد اتت هذه العملية ببعض النتائج وشفت صداعات لم تزلها الطرق الدوائية المختلفة · وقد توصل سيكار وهاغنو (Sicard et Haguenau) بقطعهما الالياف الودية المحيطة بالشريان الصدغي الى تسكين الالم في داء منطقة عينية مستقرة في الجهة نفسها

ومهما يكن الامر فان الطلاء بمادة مخدرة والحقن بمادة مبـدلة يسكنان الصداع و يثبتان في الوقت نفسه منشأه الانفي او بالاحرى الانفي الودي ·

فاذا كان تسكين الالم موقتاً يجب ان يتلوه بتر ذنب القرين المتوسط وقد اتفقت كلمة العلماء على هذه الطريقة المفيدة ونذكر على سبيل المثل لمـن يريد التوسع في الموضوع ما كتبه سارنيون وبرتان (Sargnon et Bertein) سنة ١٩٢٥ عن المداواة الانفية الداخلية للالام الوجهية بجزع القرين المتوسط

و يجوز في الحالات المستعصية الالتجاء الى العوامل الطبيعية واخص منها الاستحرار (diathermie) والاشعة ما تحت الاحمر (infra-rouge) وقـد ذكر بورجوا (Bourgeois) انه شفى الاماً عينيـة لا تطاق مرافقة لداء المنطقة بالاستحرار في جلسة واحدة فقط · وتوصـل كابوش (Caboche) الى شفاء

آلام جبية بقيت بعد اجراء العملية بجلسات متعددة . ويمدح لرو روبير (Leroux-Robert) استعمال الاستحرار في تسكين الالام الجبية والشقيقة وبقية الصداعات الوعائية الحركية والسمية الانتانية والعصابات الوجهية . فيستعمل لهذا الغرض المجاري الكهربية الشديدة الاهتزاز بواسطة اقطاب مفرغة تدعى (mc Intyre)

اما فعل هذا المجرى فيعزى الى تأثيره في الدوران الذي تسرع حركته ويقل ركوده ويرجح انه لا فعل له في العناصر العصبية نفسها

اما الدلك وما شابهه من الطرق الدوائية الخارجية فقد يأتي بفوائد جليلة متى كانت الايدي التي تمارسه تحسن استعماله

السل

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور شوكت الشطي

لا بد من معرفة بعض الاراء العامة الاساسية المقبولة اليوم عن السل للبحث في نوعه الجراحي وعلى الرغم من كشف الحمة الراشحة الذي نفخ روحاً جديداً في القائلين بنظرية الوراثة التي طوي ذكرها منذ فيلمن فان السل يبقى آفة معدية وتقع عدواه بعد الولادة · ولا يشذ عن هذه القاعدة الا حالات نادرة جداً فلا يولد الوليد مسلولاً ولكنه يعدى في الاسبوعين الاولين من حياته او في طفولته الاولى وتنجم العدوى من السكنى المشتركة مع اباء او جدود او مرضعة او خدم مسلولين وقد تقع العدوى متى خطا الطفل خطاه الاولى ولا سيما اثناء زحفه على اطرافه الاربعة اذ يلوث يديه ويضعهما في فمه دائما لذلك كان من الواجب عزل الولد عن المسلول من اهله ابيه او امه او احد اقاربه · ويجب منع البصاق على الارض وحرق خرق الضماد ورفاداته المستعملة في الجروح السلية ولعل التلقيح بـ ع · ك · غ (عصيات كلمت غرن) اجباري

ويتم الانتان باستنشاق العوامل المرضية او بلعها فتصاب الطرق التنفسية العليا ولا سيما الانف والبلعوم في الحالة الاولى حيث تبقى الجراثيم معلقة في الهواء المستنشق · وتكون بشرة المعي باب الدخول في الحالة الثانية ويعقب ذلك

التهاب العروق البلغمية فضخامة العقد ثم مرور العصيات الى الدم الوريدي فالى الدم الشرياني فتكون صمامات مولدة للمرض · وللعقد البلغمية اهمية عظيمة فاذا كانت الجراثيم ذات صولة شديدة وكانت كميتها كبيرة تنتشر في الدم فيقع انتان عام دون ان يفسح للعضوية مجالاً للدفاع فيتم حينئذ السل الدخني الحاد · واذا اجتازت الجراثيم العقد البلغمية وتمكنت العضوية من اعداد بعض المقاومة تم انتان دموي حقيقي تختلف شدته باختلاف صولة الانتان ومقاومة الشخص وقد يخيل ان المرض حمى تيفية (التيفو السلي) · وتهجع الهجمة الحمية في هذه الحالة بسرعة فائقة حتى ان اقرباء الولد ينسونها واذا دقق في استذكارات اهل الولد كشفت هذه الحمى في تاريخ المرض · وتبدو في الرضيع بعدها ببضعة اسابيع استقرارات سطحية عديدة

واذا كان الانتان خفيفاً او كان المريض اشد مقاومة أُوقفت العصيات في العقد فافرغت سمومها من حين الى آخر محدثة نوب حمى يصعب في الممارسة تعيين سببها وقد تتحرر بعض الجراثيم فتسبب استقرارات مرضية اخرى عن بعد · ويتم انتقال الجراثيم في كل حال بالطريق الدموي وتسبق الآفات الموضعية دائماً آفة عامة غير ان زرع الدم قد لا يكشف المرض لان نجاح المستنبتات ليس اكيداً ·

ويقول السريريون بان الشخص متى اصيب باستقرارات عديدة ومتفاوتة الاهمية وظهرت متتابعة لم تكن اصاباته هذه مختلفة الزمن بل واقعة في وقت واحد · غير ان الصمامات لا تظهر في آن واحد بل في ازمنة مختلفة فتبدو اولاً صموغ الجلد ثم آفات العقد وبعدها ببضعة اشهر البيء الصغيرة واما البيء

الكبيرة فتظهر بعد سنة او اكثر من ذلك مما يجعل الطبيب يفكر في انتانات متتابعة · غير ان البيء الكبيرة لا تظهر سريرياً الا بعد مدة طويلة (التهاب المفصل الحرقفي السلي، داء بوط) وتتعاقب الافات حسب درجة عمق كل منها وقد لا تظهر العميقة منها الا بعد ان تكون الآفات السطحية قد شفيت منذ امد طويل · فالاختلاف واقع اذن في زمن ظهور الآفات لا في زمن بذرها فيجب الحذر متى شوهدت آفات سطحية قد تم شفاوءها من ظهور داء بوط او التهاب المفصل الحرقفي او آفات اخرى معاصرة غير ان ظهورها يستدعي عهداً طويلاً ·

ولا يحدث الرض آفة سلية ولا يقر انتاناً متجولاً بل يعيد وخياً سلاً كان كامناً قبل وقوعه وقد ظن ماكس شولر انــه تمكن من اثبات تأثير الرض بالحقن بقشاعات المسلولين مع ان هذه الاختبارات لا قيمة لها لان شولر لم يحقن بمستنبتات العصيات الصرفة ولان في تلك القشاعات جراثيم اخرى عــديدة فآفات المفاصل التي ظهرت في تجارب ماكس شولر لم تكن الا التهابات مفاصل عفنة وقد اعيدت تجارب ماكس شولر في فرنسة وجرب الحقن بمستنبتات صريحة فلم تنجح ·

وللسن اهميــة عظيمة في سير المرض · فبما ان الدفاع ضعيف في الولدان فان الافات تتعدد فيهم : صموغ ، ضخامة عقد ، شوك منفوخ ، التهاب العظام الصغيرة والقصيرة ، لان السل يحب النسيج الاسفنجي ولا سيما النسيج الاسفنجي الحديث · وكثيراً ما تصاب العقبان والعظمان الزنديان والوجنيان معاً (لان هذه العظام تتعظم في زمن واحد) وقد يشاهد السل في اجسام عظام الرضع الطويلة فتضخم فتلتبس بالزهري اما سل المشاش وسل المفاصل فنادر

فيهم الا مفصل المرفق الخالي من غضروف التحام زندي يقيه . وكلما تقدمت سن المريض نقصت آفات الاجسام الا في الامشاط وعظام الرسغ حيث يكثر وقوعها مدة طويلة .

ويزول الاتجاه الى تضخيم العظم بعد الطفولة الثانية لان السل يقرض العظام ويحدث اكموءاً يقول المثل الطبي: السل يهدم والزهري يبني . وينتخب المرض بالخاصة النسيج الاسفنجي في الفقرات والعظام القصيرة والعظام الطويلة والمشاش ولما كان الدوران شديداً في العظام الطويلة حذاء غضروف الالتحام اتجهت العصيات الى ناحية البصلة بسهولة فنجم منها التهاب العظم والنقي . وتنتشر آفات المشاش والعظام القصيرة المجاورة للمفاصل الى الاكياس الاحية المفصلية فيتلو حينئذٍ التهاب المفصل التهاب العظم .

وتسوق التهابات المفاصل المرضى الى الطبيب اكثر من التهابات العظم المنفردة فيظن المارسون حينئذٍ انها اكثر وقوعاً من تلك مع ان التهابات العظم لو شخصت منذ بدئها قبل ظهور آفات المفاصل لكان ثبت انها اكثر عدداً ويختلف سير الافات التشريحي بحسب السن فان الآفات في الاولاد مخربة جداً ولكنها شديدة الاتجاه الى الترمم وسهلة الشفاء فيجب ان تعالج اذن بالصبر والتؤدة والا يسرع الى البتر او العمليات الجراحية الكبيرة . يقول مانار ان الآفات العظمية المفصلية المغلقة في الطرف العلوي قد تستمر ثمانية عشر شهراً الى ثلاث سنوات وتستمر آفاته المنوسرة ٤ - ٥ سنوات وفي الطرف السفلي لا تقل المدة عن ٤—٥ سنوات (سنتين للتخريب وسنتين للترميم) في التهاب المفصل الحرقفي او داء بوط وثلاث او اربع سنوات في آفات الركبة والقدم

واكثر من ذلك في الافات المنوسرة : ويجب ان يستمر دور النقه اي دور المراقبة الطبية مدة لا تقل عن مدة سير المرض · واختصار هذا الوقت يعرض المريض للنكس او لاشتداد المرض ويصعب اقناع الجمهور بهذه الاراء ومما يوءسف له ان اكثر المتمرنين يجهلونها ولآفات الكهل صفات معكوسة فهي قليلة التخريب وقليلة الاتجاه الى الترمم في الوقت نفسه فمعالجتهم تختلف عما هي في الاطفال ويلجأ في اغلب الاحيان الى النشر في آفاتهم

والتخريب في الشيوخ اكثر مما هو في الكهول ولا تتجه افاتهم الى الترمم مطلقاً والبتر هو معالجتهم الوحيدة

وتمر الآفات السلية في البنى الحسنة الدفاع بادوار السير نفسها وهي الاحتقان والتخريب والترمم والشفاء ويناسب كل من هذه الادوار علامات سريرية وشعاعية ترشد الى تعيين نوع المعالجة

والقاعدة هي ان التثبيت يلائم دوري الاحتقان والتخريب اما دور الترمم فهو الزمن المناسب للتوسطات ودور الشفاء فهو دور التجبير

ويبدو التهاب العظم في البدء بعلامات التهابية خفيفة جداً لا يشعر بها في غالب الاحيان ويكون الألم الفوري خفيفاً غير انه موضع ويبدو بالضغط انتباج وتعجن وازدياد في حرارة الاقسام الرخوة ولا سيما متى كان العظم سطحياً · ويكون الضمور العضلي قليل الوضوح ·

اما في الاولاد الصغار فيكون التفاعل العقدي عن بعد شديداً ويصحبه تقيح في الحالات المنوسرة والتفاعل خفيف كلما تقدمت السن ·

وسرعان ما يتفاعل المفصل في التهابات العظام المجاورة له · وقد يظن

الطبيب في البدء ان الآفة مفصلية لما يراه في المفصل من الانتباج والانسكاب وتحدد الحركات . غير ان اراحة الرجا في جهاز بضعة ايام تنقص الانتباج وتزيل التقفع العضلي اذا كان المفصل سليماً .

وتنمو الاكموء بعد هذا الدور خارج العظم وتتكون الخراجات ويكون المفصل حينئذٍ موءوفاً في الاشكال المشاشية والبصلية

والتنوسر واقع لا محالة ويبدو مبكراً في التهابات العظام السطحية ، ويكشف الاستقصاء الشعاعي حينئذ افات مخربة متفاوتة الاتساع كأنها بقع نيرة غير واضحة الحدود . وتبدو الشظايا متى تكونت كبقع اشد اقتاماً غير منتظمة محاطة بهالة اشد شفوفاً واذا ظهرت المنطقة النيرة منقطة في بعض الامكنة دل ذلك على ان الشظية لا تزال ملتصقة واذا كانت كاملة استدل على ان الشظية طليقة في الكهف العظمي ويكون العظم كله مصاباً بزوال الكلس والضمور وتبدو في العظام المجاورة تغيرات اخف شدة .

واما في المفاصل فان الانقراص المفصلي يدل على ابتداء دور التخريب ثم تقل المسافة النيرة او تزول وتتبدل سطوح المفاصل (تقرحات لنلونغ الضاغطة) ويلاحظ في الطفل ان تعظم النوى الواقعة في باطن المفاصل سابق لأوانه بتخدش المشاشة .

ومتى كانت الافة متجهة الى الشفاء بدا محيط الافات والسطوح المفصلية اشد قتاماً لتكون منطقة تعظم دفاعية ويكون محيط العظم اكثر وضوحاً واشد سواداً (حاشية منار الحدادية) و يتم ترمم العظم ببطوء (لانس)

وافضل معالجة للشكل الموضع الذي يسهل الوصول اليه كصمغ او خراج

هو الاستئصال كما في الورم اذا كان نزع الافة كلها ممكناً ومن ثم يخاط الجرح على ان القاعدة في آفات العظام هي عدم التوسط في دور التخريب ما لم يبدُ ما يحملنا على ذلك · اما الخراجات فتبزل ·

والتهابات العظام حول المفصل تستدعي التوسط في الوقت المناسب قبل ان يستولي المرض على المفصل · ولا يكون ذلك بالتجريف لانه طريقة عمياء تزيد المرض اخطاراً وتسبب النكس بل بالتفريغ الواسع والتوسط الجراحي في دور الترميم يسرع شفاء الافــة · ويحكم بالوقت المناسب للتوسط استناداً الى سير الاعراض : الألم والحرارة والانتباج والتقفع والى افات العقد ومتى زالت جميع هذه الاعراض او هجعت عقب هذا الدور الحاد دور بارد تجوز فيــه التوسطات · والتدقيق في الرسوم الشعاعية المصورة في ادوار مختلفة يدل على زمن ظهور التكلس والحواشي الحدادية الناجمة من التهاب العظم المكثف حول الشظية الطليقة ·

ويجب ان اضيف الى هــذه المقدمة بعض التعليمات اللازمــة للمعالجة ويختلف ذلك حسب الارجاء وقد تكلمت عن الخطة الواجب اتباعها متى كانت الافات حول المفاصل · ولا يجوز التوسط الا متى كانت الشظية محددة في جوف صلب فعليّ الان ان اتكلم عن بعض الحالات الخاصة : اما أفضــل طريقة في الضلع فهي استئصال افاته استئصالاً كاملاً وامــا في الشوك المنفوخ (spina ventosa) فتستأصل الشظية دون ان يبدل الغمد السمحاقي

ويجب في مشط القدم او اليد الاول تشميم الابهام ومشطــه متى كانت المشاشة الناظرة اليه موءوفة وهكذا تجتنب اصابة المعصم وبتر ليسفرنك

ـفي الطرف العلوي : لا يحتاج التهاب المفصل الكتفي الى اكثر من التثبيت اما الافات في الكهل فهي غالباً جدية واذا استثنينا بعض الحالات الجافة وهي نادرة اقتضى النشر في جميع الاشكال المرافقة بخراجات لانه وحده يفيد الفائدة المطلوبة وليجتنب في افة المرفق التوسط الجراحي في الاطفال لانها تشفى بالقسط . اما اذا بدت تقيحات غزيرة فيجوز النشر على ان يحتفظ بما فوق اللقمة وما فوق البكرة اما في الكهول فالنشر المبكر يفيد فائدة حسنة فهو يقصر زمن المعالجة ويهب العضو وضعة تشريحية اجمل واما في الشيوخ فالمحافظة واجبة اكثر مما في القدم لان النشر قد تكون منه نتائج حسنة

ولا يجوز التوسط في الطفل في آفات معصم اليد وافضل معالجة التثبيت فالحالات التي لا تصاب بها الا بعض مفاصل المعصم تشفى ويبقى للمعصم معظم حركته . اما اذا كان المعصم جميعه مصاباً ومنوسراً فالنشر افضل واسرع ونتيجته الوظيفية احسن

وسير الورم الابيض في الكهل كما في الكتف والمرفق اشد خطراً مما هو عليه في الطفل لان الافات الموضعة نادرة . فمتى زالت الهجمة الحادة وهجعت الاعراض وجب النشر مع المحافظة على الابريات تحاشياً من تدلي المعصم

واما في الطرف السفلي – فالتهاب المفصل الحرقفي يستدعي المعالجة ذاتها في الطفل والكهل نعني بها التثبيت . ويجوز التوسط اضطراراً في بعض الحالات المنوسرة مع حمى وسوء الحالة العامة . ولا تكون الغاية منه الا التحفيض .

ويزيل نشر الورك انقاض الرأس المانعة للتحفيض . واذا لم يكف هذا التوسط ولم تتحسن الحالة العامة وازداد الآحين وضخمت الكبد والطحال مما يدل

على حؤول نظير النشا اضطرت الحالة الى تشميم المفصل · ولا يجوز مس ورم الركبة الابيض في الطفل · لان معالجته تقوم بالتثبيت فقط · واذا لوحظ انه لا خير يرجى من الطرف وان الحياة مهددة بالخطر استؤصلت المحفظة الاحية او بتر الطرف · ولا يجوز النشر لان غضاريف الغمد والظنبوب الخصية مجاورة

وخير معالجة في الكهل هي النشر ولا يجوز التوسط باكراً (النصف الاول من السنة الثانية) · والبتر خير ما يصنع في الشيوخ

واما في القدم فيجب استئصال الشظايا والاكتفاء بنزع القسم العظمي المتنخر

وخير ما يجرى في التهاب المفصل الظنبوبي الرسغي في الطفل والكهل هو استئصال عظم الكعب وفي التهاب المفصل الرسغي النصفي هو النشر النصفي الرسغي بعد تشميم مفصل القدم الموقت (دلبه ، هاليو)

والتوسط في القدم لازم في الكهل اكثر مما في الطفل · وحذار من السل الصاعد الذي يفضي الى البتر لا محالة بعد العقد الخامس ·

ويعالج داء بوط في الاطفال بالتثبيت حتى لو بدت تخريبات عظيمة لان الالتحام يقع بين ما يبقى من اجسام الفقار واما في الكهل فلا يقع الالتحام العظمي ويقظة الافات ممكنة في كل حين ·

وخير ما يجرى هو الاستجدال بمطعوم بين النواتىء الشوكية ولا بد لي قبل انهاء هذا البحث من ان أذكر ابحاث روبرتسون لافال الذي يدعي بان التهابات العظام والمفاصل السلية جميعها تشفى بوضع مطعوم يقوم مقام

احفوض في البيء الاخذة بالسير فينجم من ذلك زوال الاحتقان وخفة الألم غير ان النتائج التي جناها الجراحون الفرنسيون لم تكن مماثلة لما جناه في بونس ايرس واظن ان الجراحين الذين جربوا هذه الطريقة تركوها سريعاً ٠

ويجب ألاَّ ننسى المعالجة العامة اياً كان نوع المعالجة الموضعية لان المريض يبقى مسلولاً على الرغم من نزع البوءرة السلية الجراحي وليثابر على المداواة العامة مدة طويلة ليكون الشفاء اكيداً ٠

ارشادات ونصائح صحية لتقوية الصدر

واجتناب مرض السل

للدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين – نيويورك)

لقد كثر انتشار الصُدار او التدرن الرئوي (او السل حسب القول الأعم والاشهر) في هذه الحقبة الاخيرة، مما اقلق معظم الحكومات الراقية، فهبَّ اولياء الامور لمكافحة هذا الداء العقام الذي اسموه بحق «الطاعون الابيض» اذ انه يفتك بقسم عظيم من البشر، ولذا رأينا ان ننبه الافكار بنشر بعض ارشادات نأمل ان تكون ذات جدى لابناء جلدتنا واخواننا في البشرية والجبلة فنقول:

اولاً: حافظ على اتباع قواعد الصحة التي صارت معروفة اليوم والتي تدرّس في معظم المدارس الراقية، وهكذا تحمي جسمك من دخول مرض السل لصدرك، وتوفر على نفسك آلاماً واتعاباً وعلى ذويك هموماً واشجاناً، وعلى كل من خالطك وجالسك اخطاراً وادواء. ولا يبرحنّ عن نيّرتك ان الإهمال او عدم الاكتراث بالمناهي الصحية، يضعف العوامل، والدوافع البدنية، ويشلها عن المقاومة والدفاع، واذ ذاك يتغلب العدو الذي هاجم جسمك، والرابض لاغتيالك في الهواء والماء والطعام، وكلما تمسه يدك ويلامس ثيابك. اذ انك لست نبياً لتعلم كل شيء، وتدرك ان

على الطريق الذي تسير عليه في هذه اللحظة ربما توجد ملايين وملايين من العصيات الدرنية قد نفثها منذ امد قريب مصدور اثناء مروره . وهاته الجراثيم يسفها الهواء اذ يثور و يحملها مع النسيم الذي تستطيب استنشاقه وتعتده نسيماً منعشاً بليلاً .

فان انت سرت على القواعد الصحية من جهة الراحة والعمل والغذاء واللباس والرقاد كانت الدوافع الحارسة في دمك محرزة القوة الكافية التي بها ترد وتدحر هجمات الجراثيم المرضية ، وهكذا تنقض عليها انقضاض الطير الكاسر على العصفور الصغير الضعيف ، وتنسج حولها حجاباً صفيقاً يشلها و يردها خائبة في مسعاها ، وهكذا تنقذ البدن من خطر عظيم وشر أليم ولكن اذا كانت القواعد والضوابط الصحية مهملة ، وابواب المحافظة غير موصدة وكانت البنية ضعيفة ، والصحة منحرفة اصبحت الدوافع ايضاً بطيئة في عملها ، وعجزت عن حراسة الصحة ، ودفع العدو المهاجم ، وهكذا فازت الاعداء (اي جراثيم السل) الداخلة بطريق التنفس لصدرك ، واستقرت هناك مؤسسة مستعمرة اي قاعدة حربية تتوالد فيها وتتكاثر متضاعفة بالدقائق والساعات ، ولا تعتم عما قليل ان تنفث سمومها المردية يحملها دمك الضعيف المنهوك صاغراً ذليلا الى كل رقعة وزاوية من جسمك الكليل الماد عنقه تحت اقدام الجراثيم الويلة مثلما تمد وتضع اعناقها الشعوب الضعيفة المغلوبة على امرها تحت اقدام الغاصب الفاتح ! . .

فاذاً لا تغتر يا صاح بما فيك من قوة الصدر ، وضخامة الجسم واعلم ان الشرارة الصغيرة قد تحرق السفينة الضخمة الشاقة عباب اليم الشاسع ، اذ تقع

مياهه الطامية عن ايقاف اللهيب الآكل ، ولا تنس القول المأثور : ان البعوضة تدمي مقلة الاسد ! ...

ثانيا : اجتنب السهر الطويل الذي يقودك الى مجاراة رفاقك في ما يلهون به ذواتهم لقتل اوقاتهم ، مما يكون عاملا قويا في اضعاف جسمك عن دفع الجراثيم كما مرَّ بك اعلاه .

ومعلوم انك بسهرك طويلا لا غنى لك عن المكث في غرف مقفلة مشحون هواؤها بالجراثيم الويلة ، ومشبع حامضا كربونيا قد قذفته تكراراً صدور رفاقك ، مع ما يحمل من دخان التبغ كما يشاهد ذلك في المحال العموميّة ، والمقامر ، والمقاهي وخصوصا في إبان الشتاء حيثما يساعد اشعال الفحم على إفساد الهواء .

وهكذا لدن خروج الشخص المضنك بالسهر الطويل من مثل هاتيك المجتمعات المذكورة ، واستقباله الهواء الخارجي البارد وغير الخالي من جراثيم السل ، تعجز صحته عن دفعها وطردها ، فتقوى تلك على الصحة الضعيفة وتتغلب عليها ، وتبليها بداء عياء ، عسر الشفاء ، كان السهر الطويل في الغرف المقفلة من اكبر ممهدي ومتممي وقوعه .

ثالثاً : لا تسهَ عن تبديل هواء الغرف التي تقيم وتنام فيها طويلاً لان قفل نوافذ غرف المنازل يمنع تبدل هوائها وهذا يؤدي الى افساد الهواء اللازم للتنفس . ومعلوم ان كلما يؤدي الى تعطيل الهواء وتقليل الاوكسيجين فيه يضعف الرئتين ويعدها لقبول جراثيم السل . فمن الضروري والحالة هذه فتح النوافذ المتقابلة حتى يجري الهواء طليقاً ، ويتبدل في كل عطفة وزاوية قصد

دفع داء السل العياء او خلاف أدواء صدرية ٠

رابعا : تمتع يا قارئي العزيز ما امكنك من استنشاق الهواء النقي الطلق في الفلاة ، لان الطب قد ابان بالامتحانات والاختبارات المعززة بالبراهين. فائدة النسيم النقي المطلق للمصدورين والمصابين بغير عال صدرية ، حتى اصبح علاجهم الأهم والاوحد السكن في الفلوات المكشوفة معرضين هكذا لاشعة الشمس المنبعثة من خلال الاشجار ، فيتمتعون باستنشاق الهواء النقي الحاوي المقدار القانوني من مولد الحموضة (اكسيجين) والفوّاح (الاوزون) ، والخالي من شوائب العلل والغازات المضرة السامة ٠ وعوّد ذاتك يا قارئي العزيز (او يا قارئتي المحترمة) ان تستنشق تنفسا طويلا عميقا عدة مرار كل ساعة من الزمان ٠ لان الشهيق العميق يدخل الهواء النقي الى أعمق خلايا الرئتين ، وهكذا فعند الزفير يخرج كل هواء مشحون حامضا كربونيا من اعمق خلايا الرئة ٠

خامسا : حذار من عادة ادمان المكيفات كالاشربة الكحولية على انواعها والتدخين وكلها من شأنه انهاك القوى واضعاف البنية ، لانها بالوقت ذاته تضعف الدوافع الصحية التي اقامتها العناية او الطبيعة لحراسة البدن ، وبهذا تشلّ قوى الجسم الدفاعية وتضعف النسج البدنية ، وتخدر الاعصاب الحاسة والمحركة ٠

وبديهي ان كل ذلك يؤدي الى الانحطاط الصحي ، وبالتالي يعد الى قبول الامراض على انواعها ولا سيما السل المنتشرة جراثيمه في هواء المدن والشوارع والازقة والمحالّ العمومية ، والمزدحمات حسبما مرّ بك اعلاه ، حيث يكثر المصابون ولا يتهيبون من ان يبصقوا أينما ارادوا بدون ما ينخسهم ضمير او يردعهم رادع ٠

وهكذا يجف بصاقهم و يتطاير و ينتشر بهبوب الرياح فتتعرض له الصدور الضعيفة ، والابدان المنحرفة ، والبنى ذات الاستعداد لقبول شتى العلل ومختلف الادواء ٠ ولقد تبرهن لدى رجال الطبابة ان للمسكرات على انواعها أشد تأثير واعظم ضرر بالصحة وأقوى عامل على الضعف والانحطاط في القوى وإعداد البدن لقبول الامراض ولا سيما السل [1]

سادسا : حرّض الناس أيها المستنير بمشكاة العلم ، وعلمهم بما امكنك من وسائط نفوذك ان يحذروا من نفث بصاقهم على ارض الغرف او في المحال العمومية حيثما يكثر الازدحام ، لئلا يكون بينهم من هو مصدورٌ و يجهل مرضه ، أو من لا يجرأ طبيبه ان ينبئه بانه مصاب بالسل ، وقد ارتكب الخطأ المعيب بألاّ يحذّره من نشر نفثه و بصاقه هنا وهناك ٠ وا كرز وعلّم كل الناس ان البصق يجب ان يكون في المنديل او في مباصق خصوصية يمكن تعقيمها ومنع انتشار العدوى بها من المرضى الى سواهم ، لان الله قال لا تقتل ، وهذا هو القتل بنفسه اذا كان الشخص المصدور يسبب موت شخص اخر ببصقه في قارعة الطريق وبهذه المناسبة لا بد لنا من التنبيه الى ان ما يستخدمه البعض (وخصوصا بعض الاغنياء المدعيّ الفهم) من المباصق المكشوفة في بيوتهم والمعرضة للاذبّة لهي في غاية الخطر واشد الضرر ، لان الاذبة هي من شر ناقلات العدوى ، وخصوصا إبان الحر ، اذ تحط على نفاثة الصدر وتنقل الجراثيم الى مواد الطعام٠ ترتب اذاً مما تقدم وجوب كون المباصق مغطاة يتعذر على الهوام الوصول اليها

(١) المرجو تصفح رسالتنا الموسومة « الضرران الأكبران في المسكر والدخان » طلبها من الدكتور سليم الخوري في حمص ، فتسر بتلاوتها وتستفيد كثيراً ٠

لانها اذا وصلت اليها وتلوثت بجحويها ، ثم طارت الى الغرف والاثاث والطعام والشراب ، نقلت البصاق الذي قد يكون مشحوناً بالجراثيم المرضية الى حيث تحط وتنتقل ، ومتى جف تطاير مع الهباء في الدور والبيوت والشوارع ، واختلط بالهواء اللازم للتنفس بالدخول للرئات ، وخشي منه العدوى ، ولا يقل ضرر هذه المباصق عن ضرر الاقذار والاوخام التي تجمع في الشوارع وبين المنازل وتخرج من بيوت الخلاء وتلبث مكشوفة ومعرضة للذباب والهوام والقواض والحيوانات التي تنقلها من محل الى آخر ، ولهبوب الرياح التي تسفيها وتنشره الى بعد أميال بعد جفافها وانقلابها الى حالة تكاد تشبه الحالة الغازية .

سابعاً : عليك ان تعالج الرياضة الكافية كل يوم ان امكن إما سيراً على الاقدام مسافات طويلة بقدر احتمال جسمك ، او بالشغل في بستانك ، او باستعمال الحركات العضلية المسماة « جمنستيك » ، وذلك في الهواء النقي الطلق محاولاً إتعاب جسمك الى درجة محتملة مع تعميق تنفسك كما مر في صدر هذا المقال ، لان الحركات العضلية تقوي دورة الدم ، والتنفس العميق الطويل يوسع الرئتين ، ويطرد ما فيهما من الهواء القديم المحصور والفاسد والمشبع حامضاً كربونياً ، ويجر اليهما هواءً نقياً حاملاً مولد الحموضة (اوكسيجين) الذي هو سبب حياتنا . وقصاراي فبالرياضة تزداد البنية قوة ، والاجهزة نشاطاً والصدر توسعاً ، والدورة الدموية حركة وتبدلاً ، والكريات البيضاء اي الدوافع قوة دفاعية . وهكذا يغدو الجسم المروّض قادراً على هضم الطعام جيداً واتمام الاشغال حسناً ، وعدم التضرر من جراثيم الادواء التي تنتشر حوله ولا سيما في المدن والقرى التي تهمل فيها وسائط الوقاية والنظافة والمحافظة على الصحة العمومية .

وجملة القول ان الرياضة للجسم هي كالتشغيل للآلات المعدنية التي تصدأ اذا أهملت ولم تستعمل ، هكذا الجسم البشري اذا لم يروّض تصدأ اعضاوءه ، ويتراكم فيها الحامض البولي الذي يعوقها فيما بعد عن الحركة ، كما يفعل الصدأ في كل آلة تحفظ بدون ما تنظيف وتشغيل وبدون تزييت · ولسنا ابداً لنغبط السيدات اللائي يفتخرن ويتباهين بانهن لا ينهضن من مجالسهن ولا يتنازلن لمعالجة عملٍ ما بل يكلن ذلك الى الخدم ، وكأننا بهن يحافظن على صحة الخادمة ويهملن اجسامهن المرفهة البضة ويحرمنهـا أهم وألزم شيء لها ألا وهو الرياضة البدنية ، وما اشبههن في عملهن هـذا بذلك الهر الذي يلحس الدم من على المبرد حال كونه يلحس دم قلبه وهو لا يدري · وقد تجلّت لنا هاته الحقائق اثنـاء زيارتنا الاخيرة للقطرين المصري والسوري حيثما شاهدنا السيدات جالسات على فرش وثيرة معظم النهار كأنهن يحضنّ بيضاً ويخشين اذا تركنه ان يتعطل ، فعسى ان تكرار تنبيهنا لهن كتابة الان يجعلهن يحملن كلامنا محمل الصدق والاخلاص واننا لا نقصد الا الخير والخدمة العامة فيما نقوله ونخطه ، وقدماً قد قيل ان الحقيقة يجب ان تقال لا ان تعلم فقط ، وهذا مبدأنا ، وهذا شعارنا وعنه لن نحول ، بل نلبث ننادي ونبشر بانجيل الصحة والارشاد ·

ثامناً : يجب اجتناب استنشاق الغبار ، وتنفس العفار ، والمكث طويلا في المنزل الذي يكثر فيه الهباء المنثور · فمن تأمـل بعظم مقدار الدقائق التي لا تشاهد غالبا في الظل ، وهي بالحقيقة موجودة ترى بالعين المجردة في حبال الشمس التي تدخل اشعتها من كوة ضيقة ، او من شق في باب الغرفة كغرفة المائدة مثلا وجـد فيهـا ما لا يحـد من الغبار المالئ الفضاء ، وهـذه

الدقائق معما تحوي من الجراثيم تملأ الهواء الذي يتنفسه الانسان والماء الذي يشربه ، والطعام الذي يأكله ، ولا يسلم منه فمه وأنفه ولا عيناه ولا يداه ، ولا فوطة السفرة التي يضعها على وسطه ، ولا الملعقة والفرتيكة والسكين التي يستعملها ، ولا المملحة والمبهرة والسكرية ولا الكعك والخبز والجبن واللبن والخيار ولا انواع الفاكهة التي تكون على المائدة الخ ٠٠٠٠

فاذا اتفق وكان المنزل خاليا من الجراثيم المرضية لا يضرّ سكانه ذلك الغبار ، ولكن المنازل الموجود فيها بعض المصابين بامراض معدية ، او الواقعة بجوار المرضى ، او التي قذفت اليها الرياح غباراً مفعما بالجراثيم المرضية ، فان ما فيها من الغبار والهباء لعظيم الضر ، ومعدٍّ للسل ٠ فحذار حذار من ذلك اذاً ٠

تاسعا : لا يسوغ كنس الغرف ونفض الطنافس ، وإثارة عجاج الغبار في البيوت ، وغرف النوم ، لان الغبار عظيم الضرر كما تقدم بك الشرح ، ولا سيما في الاماكن التي يجهلون فيها طرق الوقاية من الامراض ٠

وهذا ما يذكرني بعادة سمجة طالما كنت اشجبها وهي الاسراع الى كنس غرفة المريض حالما يرى آله الطبيب آتيا لعيادته وإثارة عجاجة من الغبار من ارض يفرشها التراب فقط ، سيما في القرى والمزارع ٠

وهذا ما كان يضطرني احيانا الى المكث تحت السماء اكثر من نصف ساعة ريثما يسكن الغبار ، ويهدأ العفار ، فما قولك بحالة ذيّاك العليل المصدور الذي تزداد كمية الجراثيم الويلة في صدره بضعة ملايين اخرى من جراء هذه النظافة غير المعقولة ؟

عاشراً : وهنا بيت القصيد من مقالتنا هذا واليه نوجه خصيصا انتباهك ،

فلا تهمل يا صاح اقل زكام او رشح بسيط يعروك ، بل بادر حالا الى الطبيب الحاذق المتمرن في صناعته ، واذا حذّرك من شيء فاصخ له سمعا ، وانفذ اوامره بالحرف الواحد .

واذا بلغك خبر مصاب بالسل فتجنب عيادته ، بل ارسل اليه نصيحتك ان يخرج من المدينة الى الفلاء او الى المصحات حيثما تتوفر له وسائل المعالجة والاعتناء على الطرق الفنية المثلى التي لا تتسنى له اذا لبث قابعا في عقر داره ، مستسلما للقدر



صناعة حمض الليمون

« ٢ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

شوائبه وغشه . — كثيراً ما يغش حمض الليمون بحمض الطرطر ويكشف هذا الغش باستعمال محلول مهيأ باذابة اربعة غرامات من البوتاس في ٣٠ سم[٣] من الكحول و٦٠ سم[٣] من الماء المقطر .

يوضع شيء من هذا المحلول في قدح ويذر عليه قبصة من بلورات حمض الليمون الصغيرة فاذا كان غير مغشوش ذابت البلورات جميعها في خلال ساعتين او ثلاث ساعات والا لم يذب من البلورات الا شيء يسير جداً (لان بلورات حمض الطرطر قليلة الذوبان في هذا المحلول) .

هذا وان بلورات حمض الليمون في هذا المحلول البوتاسي تلبث شفافة حتى تمام الذوبان بخلاف بلورات حمض الطرطر التي تبيض ويرى حولها بلورات قشطة الطرطر الدقيقة .

حمض الليمون التجاري يحتوي في اكثر الاحايين على حمض الكبريت وملاح الرصاص والنحاس

فاما حمض الكبريت فيكشف بمحلول كلور الباريوم . واما ملاح الرصاص فبكبريت الهدرجين (SH^2) او إيود البوتاسيوم او كروماة البوتاسيوم واما ملاح النحاس فبمحلول كيانوس البوتاسيوم الاصفر (فروسيانور) أو بملاح النشادر .

المواد الاصلية اللازمة لاستحصال حمض الليمون

يستخلص حمض الليمون من عصارة الليمون · والمواد الاصلية الصناعية تعرض الى المعمل على احد شكلين : عصارة كثيفة أو ليموناة الكلس المهيأة في البلاد التي ينتج فيها الليمون نحو رجيو كلابار (Reggio Calabare) وجزيرة صقليــة خصوصا مسينا وباليرم (Messine,Palerme) وقطان (Catane) وسيرا كوس (Syracuse)

اما الاراضي المغروس فيها الكباد والليمون (خلا البرتقال ونوع اخر من الكباد يسمى Cédrat) في تلك البلاد المذكورة فتبلـــغ مساحتها عشرين الف هكتار اي اربعين الف دونم وتحتوي على ٨ ملايين شجرة تنتج ٣ مليارات ثمرة يستهلك منها مليار واحد في المأكولات ويحول الباقي الى مواد اصلية تباع من معامل حمض الليمون فيستخلص منها ما يقرب من مائة مليون لتر من العصارة أو ما يعادل ٥ ملايين كيلو غرام من حمض الليمون ·

تهيئة المواد الاصلية . - (١) عصارة الليمون : تقسم الليمونة نصفين ثم يفصل بمدية خاصة منحنية ، القشر العطري عن الطبقة اللحمية التي تحتوي على العصارة ·

فالقشر يفرك اولا بالكف فيتبصع من مسامه سائل زيتي يؤخذ بالاسفنج ثم يعصر هذا الاسفنج ويستخلص منه العطر الذي امتصه ·

واللب يقطع إربا توضع في اكياس من القصب او من نسج النارجيــل (جوز الهند) وتعصر بالمعصرة وتجمع العصارة في اناء ·

واذا كانت العصارة المستحصلة ، عكرة لاحتوائها على المواد اللعابية معلقة ، تترك لنفسها لتختمر اختماراً قصير الأمد فيرسب جزء من المواد الشبيهة بالآح

يان القسم الرائق عن الراسب وترشح البقية الباقيـة · وهكذا تحصل عصارة طبيعية تحتوي ، على الوسط ، خمسين غراما بالليتر من حمض الليمون قـد تباع من المعامل كما هي أو تكثف وهو الشائع ، أو تشبع بماء الكلس لتحويل حمض الليمون الى ليموناة الكلس ·

فاما التكثيف فيجرى في قدر كبيرة من النحاس تسخن على النار المجردة وفي الهواء الطلق حتى يبلغ قوام القطارة ١٫٢٥ او ٢٨ بومه أو ٦٠ درجـة من مقياس حمض الليمون فترشح وهي حارة من قماش رقيق ·

ولقد تبين من التجارب ان ثمانية حجوم من العصارة الطبيعية تنتج حجماً واحداً من العصارة الكثيفة (بقوام التراب) التي تحتوي ٤٠٠ — ٤٢٠ غراماً بالليتر من حمض الليمون المبلور فيه ذرة واحـدة من الماء البلوري ($C6H^8O^7,H^2\ O = 210$)

١٢٠ كيلوغراماً من الليمون أي ١٠٤٠ ليمونة على التقريب تنتج ٤٥ — ٥٠ لتراً من العصارة الطبيعية او ٦ لترات من العصارة الكثيفة و٤٢٥ — ٤٥٠ غراماً من العطر

(٢) ليموناة الكلسيوم : تحضر بمعالجة عصارة الليمون الطبيعيـة – على الحرارة – باحد ملاح الكلسيوم حتى الاشباع · وتجرى العملية في محفـد خشبي له في وسطه ساعد لاجل التحريك وانبوب لجريان البخـار المائي · فمن المعامل ما يستعمل فيها فحماة الكلسيوم الناعمة · ومنها ما يستعمل فيهـا الكلس غير ان الليموناة المستحصلة به تكون مشوبة بالألومين والفصفاة وغيرها مما يعسر جفافها وحفظها ·

بعد ترسب الليموناة تفصل عن السائل وتغسل بالماء الحار وتترك حتى

ينضب ماؤها ثم تجفف في التنور ·

فمن مائة لتر من العصارة الطبيعية يستحصل ٨ كيلو غرامات تقريباً من ليموناة الكلس التي تحتوي على ٦٤ ٪ من حمض الليمون ·

(٣) الكباد : بدأت بعض المعامل حديثاً باستخراج حمض الليمون من عصارة الكباد الذي ينبت كثيراً في الهند الشرقية وما بين المدارين من المناطق الحارة ·

ولا تختلف طريقة الاستحصال عما هي عليه في الليمون · والعصارة الناتجة تحتوي على ١٠ — ١٠٫٥ غراماً بالمائة من حمض الليمون ·

والتحليلات الكيماوية دلت على ان الكباد اغنى عصارة واكثر احتواء على حمض الليمون من الليمون :

	عصارة على الوسط	حمض الليمون على الوسط
الكباد	٥١٫١ ٪	٧٫٤ ٪
الليمون	٣٧٫١	٧٫٢

...

فحص المواد الاصلية

تحليل عصارة الليمون · — ان عصارة الليمون ، عدا حمض الليمون تحتوي على حمضي التفاح وخانق الذئب وغيرهما · لذلك لا يصح تقديرها على طريقة مقياس الحمض تقديراً بسيطاً لشمول الحساب المنسوب الى حمض الليمون، الحموض الغريبة ايضاً · لهذا انصرف المحللون الى وضع طريقة خاصة تفصل بها هذه الحموض الغريبة وسنخص بالذكر طريقة فارينغتون (Warhington) ·

يجرى التحليل على نموذج وسط من العصارة وذلك كما يلي :

تخض الدنان الموضوع فيها العصارة بضع دقائق ثم يوءخذ من كل منها المقدار ذاته بانبوب يدخل الى وسطها ثم تمزج هذه المقادير فيحصل نموذج وسط يفحص على الصورة الاتية :

توءخذ اولاً درجة كثافته باحد مقاييس الكثافة وتصحح بحسب اختلاف الحرارة عن +١٥° باضافة ٠،٢ او طرحه لزيادة على كل +٥° من الحرارة او نقص عنها ·

ثم يعاير حمض الليمون المتبلور مع ذرة من الماء (وزنــه الذري ٢١٠) ويستعمل لهذا الغرض ثلاثة محاليل :

ا – محلول البوتاس الكاوي خمس النظامي

ب – محلول حمض الكبريت خمس النظامي

ج – محلول كلور الكلسيوم بثقل ٢٧ بومه ·

يوءخذ ٥٠ سم · م من النموذج الوسط في حوجلة مكيلة وتصب في حوقلة اخرى مكيلة بسعة لتر واحد وتضاف اليهـا غسالات الحوجلة الاولى ويكمل الحجم حتى اللتر · ويخض جيداً · يوءخذ من هذا السائل ٢٥ سم · م (تعادل ١،٢٥ من العصارة الكثيفة) وتعدل حموضتهـا تعديلاً تاماً بالمحلول البوتاسي (ا) فتتكون ليموناة البوتاسيوم وماء وفقاً للمعادلة الاتية :

$$(C_6H_8O_7 + H_2O) + 3KOH = (C_6H_5O_7K_3 + H_2O) + 3H_2O$$

٢١٠	١٦٨،٣	٣٢٤،٣	٥٤
حمض الليمون	بوتاس	ليموناة البوتاسيوم	ماء

يغلي السائل في جفنة صينية نظيفة ويضاف اليه ١٢،٥ سم · م من

محلول كلور الكلسيوم بثقل بومه (ج) · فيتكون ليموناة الكلسيوم فترسب وفقاً للمعادلة الاتية :

$$(2C_6H_5O_7K_3+H_2O)+3Cl_2Ca+2H_2O=(C_6H_5O_7)_2Ca_3,4H_2O+6ClK$$

٥٧٠ ٣٦ ٣٣٣ ٦٤٨،٦

ليموناة الكلسيوم ماء كلور الكلسيوم ليموناة البوتاسيوم

٤٤٧،٦

كلور البوتاسيوم

وبعد ان تغطى الجفنة بلوح زجاجي يستمر في غليان السائل نصف ساعة يقصر (*) في اثنائها حتى يبقى منه ١٠ سم · م · فيرشح وهو حار من ورقة ترشيح غير مطوية والراسب يغسل بالماء الحار لتجريده عن كلور البوتاسيوم وكلور الكلسيوم الزائد ، حتى ترى الغسالات رائقة فيتم الغسل (يستدعي ذلك ١٠٠ - ١٢٥ سم · م من الماء)

توءخذ ورقة الترشيح الحاوية الراسب وتجفف في التنور ·

وتضاف الغسالات التي قد تحوي شيئاً من الليموناة ، الى الرشاحة · ويكثف الجميع على حمام مائي حتى لا يبقى سوى ١٠ - ١٥ سم · م فتضاف اليها قطرة واحدة من روح النشادر (أمونياك) الممدد لتعديلها اذا كانت بتفاعل حامض ثم ترشح من قمع جولي (Joulie) ويغسل الراسب خمس مرات او ست بالماء الغالي كما ذكر آنفاً · ثم تجفف ورقة الترشيح الثانية هذه وتوءخذان وتوضعان في جفنة بلاتينية وتحرقان بثقاب متقد ثم يكلس الراسب في فرن

(*) قصر الطعام يقصر اي غلا فنقص ·

المرمدة أو على لهب زكي الى ان يبيض الرماد تماماً . فتستحيل ليموناة الكلس بهذه العملية الى فحماة الكلسيوم اولاً ثم الى كلس حي .

يوضع الرماد في الجفنة التي استعملت لتبخير العصارة ويضاف اليه قطرة من الماء المقطر ويعجن بيد هاون زجاجية ثم يعالج بـ ٥٠ سم . م من محلول حمض الكبريت (ب) ويغلى لحل فحماة الكلسيوم . وبعد ان يقطر عليه بضع قطرات من صبغة عباد الشمس مشعراً يعاير بالمحلول البوتاسي (ا) حتى ينقلب اللون الاحمر ، ازرق ويحسب بطريقة التفاضل ما صرف من محلول حمض الكبريت خمس النظامي لتعديل قلويـة الرماد ثم يضرب الناتج برقم ١١٦٢ فيعرف مقدار حمض الليمون باللتر من العصارة .

لنفرض انه صرف لتعديـل الحموضة ، ١٠ سم . م من المحلول القلوي خمس النظامي فتكون :

٥٠ — ١٠ = ٤٠ سم . م

هي ما صرف لتعديل قلوية الرماد . فمقـدار حمض الليمون باللتر من العصارة هو اذن :

١١٦٢ × ٤٠ = ٤٤٨ غراماً باللتر .

ويجب في اثناء هذا التحليل الانتباه الى تكثيف السوائل والاسراع في الغسل بالماء الحار والقيام بالمعايرة على الحرارة وببطء باستعمال صبغة عباد الشمس مشعراً وتسخين السائـل كلما قطر عليه من المحلول المعاير لينطلق غاز حمض الفحم والا لم تسلم النتيجة من الخطاء .

الجزء ٧ المجلد ٧

مجلة
المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٠ م الموافق صفر سنة ١٣٤٩ هـ

فحص اعضاء المرأة التناسلية بالليبيودول

واشعة رونتجن

« ٢ »

للدكتور ابرهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

استطبابات هذه الطريقة : قبل المجيء على التفصيلات التي يستعمل بها هذا النوع من التحري علينا ان نعاين المريضة معاينة دقيقة لئلا تكون مصابة بعلة قلبية او التهاب رحم او نفير او مبيض أو بنزوف أو بسوء حالة الاعضاء التناسلية أو ان تكون حاملاً لان الحقن بالليبيودول بعد ادخال القاثاتير قد يحدث الغشي في المصابات بعلل القلب أو ينبه الافات التناسلية الكامنة او يسقط الحامل .

فبعد معرفة ما تقدم نجمل الحالات التي تستعمل بها هـذه الطريقة بثلاث جمل :

١ — متى كان ورم في الاعضاء التناسلية او في جوارها يثبته الفحص السريري :

كثيراً ما يصعب على الطبيب بعد ان يتحقق الورم إقراره في المكان الذي ينشأ منه فهو يبقى متردداً بين ان يكون في الرحم نفسها او في ملحقاتها وبين ان يكون ليفياً او كيس مبيض او آفة في النفير ومتى علمنا ان طريقة المعالجة التي يترتب عليه اتباعها تستدعي نبذ هذا التردد جانباً ادركنا ما للتشخيص الدقيق من الاهمية فان الورم الليفي تكفيه الاشعة وقلما يحتاج الى الاستئصال الجراحي اما العلتان الاخريان فانهما تستدعيان الاستئصال · فمصور جوف الرحم والنفير يكشف لنا هذا الغموض ويرشدنا الى التشخيص الصريح فاذا أظهر الرسم ان النفيرين مفتوحان وطبيعيان عرف انهما سليمان وانه لا علاقـة لهما بالورم واذا ظهر ان جوف الرحم متسع وشكله المعتاد متبدل ثبت ان الورم ليفي واذا كانت سعة الجوف وبقية الحدود الرحمية طبيعية وكانت منحرفة بكليتها حق للجراح ان يفكر في كيس المبيض ·

٢ — متى تكررت نزوف المرأة وكان عنق رحمهـا سليماً حق للطبيب ان يذهب مذاهب شتى في تعيين نوع العلة فقد يكون هذا النزف ناجماً من انحباس المشيمة او من سليلة الرحم او ورم خبيث

وبعض الحادثات السريرية عسرة التشخيص مثال ذلك متى شخص ورم ليفي نازف فعولج بالاشعة وانقطعت النزوف ثم عاود النزف العليلة بعد مـ

كان وجه للتساؤل عما اذا كان الورم الليفي قد نكس او عما اذا كان ورم خبيث آخر قد ظهر فلا التجريف وحـده يكفي لاجراء فحص تشريحي مجهري صحيح ولا الاشعاع لان المجرفة قد لا تقع على الورم اما طريقة الليبيودول فانها تعين مكان الورم والمجرفـة تأتي به والمجهر يكشف عن طبيعتـه سليمة كانت ام خبيثة ·

٣ — في جميع الحالات التي يراد بها الوقوف على حالة النفيرين : يلجأ الى هـذه الطريقة فمتى كان عقم وثبت ان مصدره اعضاء المرأة التناسلية وجب الفحص بالليبيودول وحقنة واحدة تكفي عادة لاثبات انفتـاح النفيرين او للاطلاع على مكان الانسداد متى كانا منسدين · وهذه الطريقة كما ذكرنا في الجزء الماضي تفضل طريقة النفخ التي تدل على انفتـاح النفيرين او انسدادهما فقط ولا تمكننا من معرفة النفير المنسد ومقر الانسداد مع ان الوقوف على هذا الامر كبير الاهمية لاجراء تصنيع النفير ووصل قناته واعادتها الى الانفتاح كما لا يخفى ·

واذا كانت العليلة مصابـة بالتهاب الملحقات المزمن المؤلم وكان حجم هذه التوابع صغيراً او بعسر طمث ذي منشإ مبيضي نفيري يستفاد جـداً من الوقوف على حالة جوف النفير · ووفقاً لهذه المعلومات يعين الجراح خطة عمله بعد الحقن بالليبيودول والفحص بالاشعة ويقرر استئصال الرحم او استئصال النفير والمبيض او التصنيع فقط او يمتنع عن اجراء اي عملية كانت

ولا بد من النظر الى مقياس الضغط والوقوف عند درجة ضغط واحـدة

حين اجراء الحقن لكي يتسنى للفاحص الوقوف على حالة انفتاح النفير اوانسداده ومراعاة هذه القاعدة اس من الاسس التي تبنى عليها هذه الطريقة

طرز اجراء العملية · — الشرط الاول الذي لا بد منه هو الطهارة والتعقيم البالغان اقصى حدهما لان مسبار المحقنة يبلغ جوف الرحم والليبيودول يدخل جوف الخلب بعد ان يمر بقناة النفير · ولا يخفى استعداد هذه المناطق الثلاث: جوف الرحم وقناة النفير وجوف الخلب للتعفن ويستحسن ان تلازم العليلة سريرها اثنتي عشرة ساعة بعد الحقن اجتناباً للعوارض وان تكن نادرة الوقوع في هذه الطريقة وان تكون في احدى قاعات المستشفى او في مكان يسهل على الطبيب الوصول اليه للعناية بها متى فاجأها عارض ما · وتهيأ العليلة قبل العملية بيوم فتغسل امعاؤها غسلاً مكرراً ويطهر مهبلها بالغسولات الايودية العقيمة بدرجة (٣٨°) ويكرر التطهير صباح العملية · ومتى عرفت اسس العملية استطيع اجراء الحقن بطرق عديدة وقد استنبطت لهذه الغاية اجهزة كثيرة غير ان المعدات التالية تكفي : مسابر مرنة مختلفة الثخانة ومناقيش نسائية ذات مخالب (ملاقط موزو) ومحقنة سعتها ٢٠ سم³ ومحظربة معدنية متصلة بوصل بشكل T ولا مندوحة من مراعاة هذه الشروط الثلاثة حين الحقن بالليبيودول: ١ — ان يضبط العنق باحكام ٢ — ان يقاس الضغط في اثناء الحقن ٣ - ان يكون شكل المسابر المرنة شديد الموافقة · فضبط العنق جيداً يمنع الليبيودول عن العودة الى جوف المهبل وقياس الضغط بالمحظربة ينبئنا بارتفاع الضغط الى حد خطر الامر الذي لا ننتبه له اذا لم تكن محظربة فان الضغط متى بلغ ٧٦سم او تجاوزه خشي من تمزق النفير ومرور المادة المحقون بها لنسج المسير

التناسلي وللعروق الدموية والبلغمية · واستعمال الانابيب المرنة مفضل لانها تنطبق على قناة الرحم ايًا كان شكلها ولا سيما متى كانت الاورام الجدارية او المحيطية قد حرفتها و يستعمل بعض الاختصاصيين القثترة المعدنية كما في جهاز ماس مون تايل (Masmonteil) وهي حسنة الاستعمال وسهلة في الارحام المستقيمة القناة غير ان معظم الحادثات التي يراها الطبيب مرضية يرافقها انثناء او انحراف والانابيب المرنة مفضلة فيها والا تجرح القناة التناسلية و يدخل الليبيودول النسج عوضًا عن ان يدخل جوف الرحم فعلى الطبيب الممارس ان يهيء المسابر المرنة بين ١٢ الى ٣٥ من مقلدة شاريار (filière Charrière) وان يستعمل الانبوب الذي يراه حسن الانطباق على القناة وان يضبطه بمناقيش يضعها على العنق بعد ادخال المسبار واما التخدير فامر يستغنى عنه فالعملية ليست موجعة وجعًا يستدعي التخدير لان معظم النساء يحتملن هذه الالام الخفيفة ومتى كان الغشاء المخاطي الرحمي شديد الحس يحقن تحت جلد المرأة بسنتغرام واحد من المورفين قبل الشروع بساعة واحدة او ثلاثة ميلغرام من جانو سكو بولامين (géno-scopo-lamine) · فتوضع العليلة اولاً على منضدة المنظر و يكون قد حلق شعر الناحية وطهرت و يطبق منظر ذو مصراعين و يطلى المهل وعنق الرحم وقناة العنق بصبغة الايود ثم يسبر الغور بمسبار موافق و يفهم اتجاه سير قناة الرحم (وذلك بعد معرفة وضع الرحم واستقامتها لدى اجراء المس اليدوي المزدوج) وتخمن سعتها ودرجة المسبار الذي ينطبق عليها · و يستحسن ان تجرب المسابر اولاً ويحتفظ بالمسبار الذي يصعب ادخاله بعض الصعوبة ثم يملأ المسبار بالليبيودول

ويسد طرفه السائب بسدادة موافقة او بملقط قاطع النزف ويدخل في القناة حتى يجتاز مضيق الرحم ·

فيضبط حينئذٍ المسبار لئلا يتزلق من الداخل الى الخارج او ينصب اللييبودول حوله، بمنقاش موزو على يمين العنق و يساره واذا كان العنق بارزاً يكتفى بوضع ملقط واحد في جانب واحد او ملقط بشكل T ثم يسد المهبل بالشاش و ينزع المنظار و يحفظ المسبار والملاقط برفادة وتنقل المريضة حيث الاشعة المجهولة و بعد ان توضع على المنضدة تملأ المحقنة باللييبودول بحسب جوف الرحم التي تكون قد خمنت سعتها بالاستقصاآت الاخرى وتوصل بنهاية المسبار وتجعل المحظر بة بين الحافة والمسبار ويستحسن رفعها عن مستوى الحقن ١٠ —١٥ سم لئلا يدخلها اللييبودول و يحقن حتى تبلغ الابرة حذاء ٣٠ سم من عمود الزئبق فاذا كان جوف الرحم كبيراً كانت كمية اللييبودول اللازمة وافرة ولا سيما في الاورام الليفية او الخلالية واذا كان صغيراً احتيج الى ٣ — ٤ سم٣ أو ٥ — ٦ ليمتلىء ويمر منه الى جوف الخلب · تعاين العليلة اولاً بالاشعة قبل ان ترسم فاذا تبين ان الحقن حسن وان جوف الرحم قد امتلأ ومرّ اللييبودول الى الخلب او ان النفير قد انتفخ وامتلأ باللييبودول لانه منسد وبعباره اخرى ان الحقن كان كافياً ترسم المريضة في الوضعتين الجانبية والامامية الخلفية ·

واذا لم يكن الحقن كافياً يعاد ثانية حتى يتوتر جوف النفير او يمرّ اللييبودول الى الخلب ولا خوف من الحقن بكميات وافرة من اللييبودول لانه غير كاو

ولا مسمم ولان المقادير التي تتراكم منه في جوف الرحم تعود هذه فتقذفها بعد العملية بثوان قليلة متى سحب المسبار والمقادير المنصبة في الخلب يمتصها الجسم وتفيد العليلة دون ان تضر بها ·

واذا كانت الافة ورماً بطنياً كبيراً خارج الرحم ككيس المبيض او ورماً في الملحقات اذ يكون جوف الرحم طبيعياً يستحسن قبل الشروع بالعمل تعيين حدود هذا الورم بمسه وجسه الدقيقين وكثيراً ما لا يكون محيطه منتظماً فيرقن هذا المحيط بالحبر على الجلد وهكذا يرسم خط غير منتظم غالباً يحدد الرحم فتجس مثلاً الخاصرة اليسرى وتوضع بها نقاط متعددة على امكنة الجس لتقرير مكان الورم على الجدار وقبل توجيه الأشعة يستحسن ان يوضع سلك معدني سهل الانحناء يجعل منه خط موازٍ للخط الذي رسم على الجدار ومتى اخذ الرسم بالاشعة يرتسم السلك طبعاً وتشاهد حدود الورم و يبدو جوف الرحم والنفير بواسطة الليبيودول فتعرف اوصاف الورم : شكله وحجمه ودرجة ضغطه للرحم والانحرافات التي يحدثها وغير ذلك من نتائج الاستقصاء · قلنا ان هذه العملية خالية من المحاذير التي تشاهد في النفخ بالغاز او في الحقن بالكولرغول وان حوادث الغشي او الموت التي شوهدت بالطرق الاخرى لم تقع في سياقها

وقد اجرى الاشعاعي الشهير بكلر معاينات عديدة انتهت جميعها بالسلامة وكانت حرارة العليلة مساء العملية كما في اليوم السابق للعملية الا في حادثتين بدا فيهما انحطاط خفيف مع رعدة لم يعقبها ارتفاع حرارة ويشترط مراعاة الطهارة والتعقيم منذ بدء العملية حتى نهايتها لان هذه المادة ستجتاز عنق الرحم الى جوفها ومنه الى الخلب ومع انها مضادة للتعفن وعقيمة فان تلوثها ممكن حين مرورها

بجوف الرحم ولا سيما متى كان ورم سرطاني او ليفي متقرح الامر الذي يعيد الفحص بالليبيودول امراً مستنكراً لانه يعرض المريضة لانتشار السرطان ولعوارض اخرى ٠

واننا نذكر فيما يلي بضعة امثلة تتبين منها الاستنتاجات التي يستطاع اجتناؤها من هذه الطريقة :

فاذا كانت الرحم في موضعها الطبيعي ولم تكن مصابة بآفة ظهر جوفها المملوء بالليبيودول بشكل مثلث صغير ضلعه العلوية منحنية بعض الانحناء وضلعاه الجانبيتان مقعرتان بعض التقعر واما حدود الرحم الخارجية اعني الحافتين الجانبيتين مكان ارتكاز الرباطين العريضين والحدود العلوية السائبة للرحم فتظهر مستقيمة ٠

واما النفيران اذا بقيا ممتلئين ليبيودولاً فانهما يظهران بشكل قناتين قطر كل منهما بين ٢—٣ ملمتر غير ان الليبيودول قلما يستقر في جوف النفير بل يمر جميعه الى الخلب فيشاهد في جانبي الرحم وفي مستوىً احط من قرنيها بعض بقع دهنية منبعثة من انصباب قطرات الليبيودول في جوف الخلب فاذا كان احد النفيرين منسداً ينتفخ هذا النفير وتحبس فيه كميات وافرة من الليبيودول ويرتسم في جانب الرحم

واما في الرسم الجانبي فترتسم قناة الرحم كقناة بسيطة ابطوانية منثنية الانثناء الخلفي الامامي الكائن عادة بين الجسم والعنق وتشاهد في الحالة السليمة بقع الليبيودول في جوف الخلب ٠

واذا كان ثمت ورم كبير قرب الرحم بقي للرحم شكلها وارتسم السلك

المعدني الموضوع على البطن والمنحني بحسب انحناء الورم فجني منـه الطبيب معلومات جليلة النفع وعرف مكان الرحم من هذا الورم ودرجة انحرافهـا فاحتاط للامر في عمليته · وفي حالات القبع (الانقلاب الخلفي) يظهر خيال مثلث الرحم منكساً ذروته في الأعلى وقاعدته في الأسفل وتقع هذه القاعدة غالباً عند تقعير العجز وتتبع الملحقات الرحم في هـذا التنكس حيث يلتبس خيال بقع الليبيودول بكثافة زنار الحوض · ويرى في التصوير الجانبي انقلاب الرحم وانحرافها بحسب درجة هذا التنكس

(يتبع)

المداواة باللقاحات والمصول والهيولين في الجراحة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

نعلم الان بعد تقدم فن الجراثيم ان نبضع مريضاً دون ان نعفن جرحه ونعلم ايضاً بما تحققنا نفعه في سياق الحرب الكبرى ان ننضر جرحاً عارضاً حديثاً ونزيل منه النسج المرضوضة ونقيه من التعفن ·

ولدينا من الوسائط اقواها في مكافحة التعفن ما زال منحصراً في مكانه كمحلول دكان والمحاليل الاخرى المنشطة للخلايا والاستشماس والهواء الحار التي من شأنها تنشيط الكريات البيضاء في بوءرة التعفن والقضاء عليه ·

غير انه متى طال أمد التعفن وازمن ومتى اشتدت عوامل العفونة فلم تعد جنود الدفاع قادرة على القيام بالمكافحة ومتى انتشر الانتان وعمّ البنية فما العمل؟

لا فائدة ترجى حينئذٍ من مضادات الفساد لان الجرثوم في الدم ولانها عجزت عن القضاء عليه اذ كان موضعاً فالواسطة الوحيدة اذن هي تحصين الجسد او بعبارة اخرى تنشيط قوة الدفاع فيه ·

وكيف يكون ذلك؟ يتم لنا الامر ليس بتهيئة الشروط التي من شأنها تقوية البنية كالتغذية والمقويات وما شاكلها بل باحداث عوامل تهب البنية المناعة وهذه هي غاية الاستلقاح والاستمصال (vaccinothérapie et sérothérapie)

فالتلقيح يهذب الخلية و يسدد حركاتها و يعيدها قويـة قادرة على مناضلة الجراثيم الضارة ·

واذا كان الخطر مداهماً ،والوقت قصيراً لا يسمح لنا بتهذيب هذه الخلية ، كان علينا ان نمد البنية بكمية من المصل الذي يجد فيه الجسد ما يحتاج اليـه من وسائط الدفاع كالمواد المضادة للذيفانات التي لا يسمح قصر الوقت للخلية بصنعها وايجادها ·

والى القارىء الطرز الذي تتبعه هاتان الطريقتان في فعلهما :

التلقيح : هو حقن الجسد اولاً بعوامل التعفن المخففة حمتها تخفيفاً شديداً حتى لا يكون تفاعله ازاءها الا جزئياً وتكرير هذه التلقيحات مع زياده مقادير الجراثيم واستخدام عوامل اكثر فاكثر نشاطا بفواصل كافية يعوّد البنية مكافحة هذه العوامل المرضية و يعيدها اخيراً منيعة على اشد الجراثيم فتكاً · فالتلقيح هو اذن استدراج الكرية البيضاء الى النضال وتعويدها اياه حتى تعود قوية فتستولي على عدوها · و يقال للمناعة المكتسبة بهذه الطريقة المناعة الفاعلة لان الخليـة نفسها تتعود القتال مع جرثوم معين · غير ان هذه المناعة بطيئة الظهور لانـه لا بدّ من كميات متزايدة تزايداً تدريجياً في الحصول عليهـا فهي طريقـة تستعمل في الوقاية او في التعفنات المزمنة ·

وصفتها الحسنة التي تمتاز بها هي بقاؤها مدة طويلة لان مضادات الذيفانات التي ظهرت ببطوء تعد احد الاجزاء التي تتركب منها النسج ·

الاستمصال : هو اكساب الشخص مناعة احرزها شخص اخر وطريقة ذلك ان يحقن الاول بمصل ممنع يحتفظ مدة طويلة بقوته وخواصه التي اكتسبها

من الشخص الاول ويستطاع نقله بقوارير محكمة الاغلاق وحقن الاشخاص المحتاجين اليه به كلما سنحت الفرصة وقد سميت هذه المناعة المناعة في القوارير

وتعديل ذيفانات المريض يتم في الحال بمضادات الذيفانات التي يؤتى بها مع المصل غير ان لهذه الطريقة محذوراً وهو انها قصيرة المدة وتسمى هذه المناعة المناعة المنفعلة لان بنية المريض لم تستحضرها بل استحضرتها بنية اخرى ويزول فعلها بعد بضعة ايام او بضعة اسابيع طبقاً لهذه الشريعة العامة القائلة بان الخلايا تطرح بسرعة الاجسام الغريبة التي تدخل البنية

ومع ذلك فالقاعدة المطردة هي استعمال المصل في التعفنات الحادة متى كان لا بد من الاسراع ·

ولكن لا يفهم من هذا ان جميع الوسائط الدوائية متوفرة لدينا لمكافحة جميع درجات التعفنات · لانه اذا كانت قد استحضرت مصول عديدة فهي ليست جميعها ناجعة ولا سيما المصل المضاد للمكورات العقدية (سترابتوكوك) الذي لو كان ناجعاً لعدّ سلاحاً ماضياً في يدي الجراح ازاء التعفنات العديدة التي تحدثها هذه المكورات الشديدة الخطر · فان هذا المصل على الرغم مما ادخل عليه من الاتقان لا يستحق ان يسمى مصلاً نوعياً ·

واذا عددنا المصول الكثيرة المستعملة في الجراحة رأينا اثنين فقط قد ثبتت فائدتهما : المصل المضاد للكزاز والمصل المضاد للغنغرينا وهما مصلان مضادان للذيفانات يجب استعمالهما في الوقاية اولاً واليكم السبب :

ما من يجهل ان للكزاز زمن حضانة وان اعراضه لا تظهر بسرعة لان

ظهورها يستدعي انفراز الذيفانات من عصيات الكزاز المستقرة في الجرح وسيرها في الدوران وانتشارهـا على مسير الالياف العصبيـة واستقرارها في الجهاز العصبي المركزي . فيجب والحالة هذه ان تكون مضادات الذيفانات قد وصلت الى المكان نفسه متى بدا الذيفان بالانفراز لتعدله قبل ان تتضرج بـه المراكز العصبية . وهنا هو السبب القاضي بحقن كل جريح يتلوث جرحـه بالتراب بالمصل المضاد للكزاز . ويجب تكرار هذه الحقنة كل ثمانية ايام اذا تقيح الجرح ومتى ظهر الكزاز لا يوءثر المصل الا اذا حقن منه بمقادير وافرة حتى اللتر اذا كان هذا المقدار لازماً لتعديل الذيفان الذي تضرجت به البنية . وتستعمل في الحقن جميع الطرق : تحت الجلد والعضلات والأوردة والقناة الفقرية

وقـد برز المصل المضاد للكزاز لعالم الطب بفضل اعمال بهرينغ وكيتازاتو ورو وفيّار .

واما المصل المضاد للغنغرينا فقـد بدأ بتحضيره لوكلنش وفاله واكمله ساكبه وفنسن وويبرغ وموءازروهم وجاءت الحرب العامة فكانت ساحة كبيرة لاختباره فقد ادى الخدم الجلّى ويجب ان يستعمل للوقاية والمعالجـة في الجروح الرضية الواسعة والجروح النارية الانفجارية . وهو مصل متعدد القوى مستحضر من الخيول الممنعة على انواع الجراثيم التي تتلوث الجروح بها .

يستعمل في الوقاية متى اريد اجراء عملية على اجواف طبيعيـة شديدة التلوث وفي التهاب الزائدة الغنغريني ومعالجة الفلغمونات حول الفم والشرج التي تسير سيراً خبيثاً .

ومحذورا المصول هما العوارض المصلية التي تقع بعد الحقن بـ ١٢ — ١٥

يوماً وعوارض الاستهداف · فاذا لم نكن نعرف حالة الشخص أو اذا كانت قد اجريت له حقنة مصل منذ مدة قليلة يجب ازالة تحسسه حسب طريقة بسردكا وذلك بحقن تحت جلده او وريده بنصف سم[٣] ثم حقنه بعد ساعة بسنتمتر مكعب فبستمترين بعد ساعة اخرى فاذا لم تبدُ عوارض يحقن بالمقدار جميعه ·

قلنا ان الاستلقاح مستعمل بالخاصة في التعفنات المزمنة فهو يدعم دفاع البنية التي بدأت بالنضال غير انها لا تتوصل الى النصر بما لديها من العدد ·

وقد كان للاستلقاح بالمكورات العنقودية بعض الفوائد في داء الدمل والجمرة الحميدة حتى في التهاب العظم والنقي الذي هو داء العظم الدملي ·

واللقاح المضاد للمكورات العقدية افعل من المصل المضاد لها غير ان فوائده لم تثبت بعد

واللقاح المضاد للمكورات البنية (الغونو كوك) يفعل فعلاً حسناً في العراقيل : التهاب الخصية والمثانة والبربخ والمفاصل وقد افاد اللقاح المضاد لمكورات الكولون بعض الفائدة في بعض التهابات الحويض والمثانة ·

و برزت الى العالم الطبي منذ قليل مولدة الضد الماتيلية (antigène métlhy-lique) من مستوصف باستور فكانت مساعداً كبيراً في معالجة الآفات السلية ·

والتلقيح الكثير الاستعمال في ايامنا هو التلقيح الواقي السابق للعمليات فانهم يجربون اليوم ان يعقموا المريض اذا جاز لنا هذا التعبير قبل اجراء بعض العمليات اجتناباً للعراقيل ·

مثال ذلك جراحة المعدة انها لا تزال ثقيلة الوطأة ومعدل الوفيات فيها

لا يزال عالياً بسبب العراقيل التنفسية فان الجراثيم التي تحتويها المعدة والامعاء في الحال الطبيعي تحرر متى فتحت هذه الاعضاء وتمر بالدم بالاوعية التي فتحت حذاء الجرح وتذهب الى الرئة فتستعمرها و يساعدها في عملها اضطجاع المريض على ظهره فتكون العملية قد نجحت كما يقول البعض غير ان المريض مات في الايام التالية بذات القصبات والرئة · فاجتناباً لهذه العراقيل القتالة جرب التلقيح قبل العمليات فكانت نتائجه حسنة للغاية ·

كان يظن اولاً بنوعية التفاعلات اللقاحية او بعبارة اخرى اذا اردنا ان نكافح احد الجراثيم فعلينا ان نستحضر من هذا الجرثوم لقاحاً ذاتياً ولا يزال البعض يستعمل هذه الطريقة · غير ان السواد الاعظم يعتقد اليوم بان اللقاحات المحضرة من عدة جراثيم اشد فعلاً ولهذا استحضروا لقاحات جاهزة واكثرها استعمالاً اليوم برو بيدون دلبه فهو مستنبت المرق نفسه المحتوي على اجسام الجراثيم (المكورات العقدية والعنقودية والعصيات الزرقاء) يحقن به بعد ان يقدم عهده و يخفف بالحرارة ·

ولكي يعلل علماء الجراثيم فعل اللقاحات كانوا يقولون ان اللقاح وهو مولدة الضد متى دخل البنية يضطرها الى ايجاد الاضداد (anticorps) التي تمر الى الدم لمكافحة المراكز العفنة غير ان هذا الدور الدفاعي الذي اوضحته اعمال بورده وريت لم تثبت صحته كل الثبوت ·

وقد اضاف بسردكا الى عنصري الدفاع اللذين لا جدال فيهما وهما البلعمات (phagocytes) والاضداد عنصراً ثالثاً وهو الخلية القابلة (c.receptive) فهو يعتقد ان البنية كلها لا تهب هبة واحدة لمقاتلة العدو المداهم وايجاد المناعة

بل ان لكل مرض عفني عضواً خاصاً وهو العضو القابل المختص بذلك المرض فاذا جعل ذلك العضو منيعاً اكتسبت البنية كلها المناعة وهذا المبدأ يسمى مبدأ المناعة الموضعية الموءدي الى المناعة العامة ·

ولست ارغب بهذه اللمحة المختصرة في بيان التحريات العديدة التي قام بها بسردكا لاثبات قضيته بل اكتفي بان اوضح انه قد اثبت ان المكان المنتخب للقاحات المضادة للمكورات العقدية والعنقودية هو الجلد وان الجلد هو ايضاً المكان المنتخب للقاح المضاد للجمرة الخبيثة وان القبعة (cobaye) تصبح منيعة على الجمرة متى لقح جلدها فقط وابان ايضاً انه اذا وضعت مكمدات مبللة بمزارع المكورات العقدية والعنقودية على جلد حلق شعره كانت المناعة اشد مما لو حقن تحت الجلد بمحلول تلك المزارع وهذا ما حداه الى وضع نظرية جديدة، نظرية التضميد الجرثومي النوعي واحلالها مكان التضميد المضاد للفساد او التضميد العقيم اللذين كانا في عرف الجراحة عقيدة لا يجوز مسها ·وقد بين لافي سولول وسيار قيمة هذه التضميدات الجرثومية النوعية في حمى النفاس فاذا اتبعنا هذه النظرية وجب علينا ان نقول انه لا بد من تلقيح غشاء الامعاء المخاطي في الحمى التيفية لجعل البنية جميعها منيعة على هذه الحمى وقد جاء بسردكا ببراهين تبين ان اللقاحات التي تدخل البنية اياً كان الطريق الذي قطعته لا بد لها من بلوغ الخلايا القابلة المنتخبة وانها لا تفيد اقل فائدة ما لم تصل اليها اذن يجب على الطبيب ان يسير هذه اللقاحات في اخصر طريق واما الاضداد فليس لها اقل فعل دفاعي بل هي بقايا البلعمات والحمات (virus) الملقح بها · هذا هو التطور العلمي الذي تطورته نظرية المناعة في ايامنا الحاضرة ·

ويقول بازي ان نظرية الاضداد يجب ان يعاد النظر فيها لاننا اذا نظرنا الى الافات الجراحية التي تنجع فيها اللقاحات لم نجد امامنا الا الافات المسببة من المكورات العنقودية (الدمل والجمرة الحميدة والتهاب العظم والنقي) وهي اي المكورات العنقودية لا تولد الاضداد بسهولة وقد تساءل بازي بعد استناده الى التحقيقات السريرية والجرثومية عما اذا كان يصح ان يرد اسما اللقاح والتلقيح كما لو كان الامر شبيهاً باللقاح المضاد للجدري مع ان الامر ليس كذلك لان لقاح جنر وهو نموذج التلقيحات يشترط فيه ان يكون الشخص سليماً والجرثوم حياً لكي يولد مرضاً مخففاً قابلاً لتوليد مناعة ثابتة ٠

اما في الجراحة فليس الامر كذلك لان الشخص لا يكون صحيحاً بل مصاباً بتعفن يسير سيراً حاداً او مزمناً وحاملاً لجراثيم دائه ولان اللقاحات التي تستعمل لا تحوي جراثيم حية بل ميتة ولان الامراض المسببة من المكورات العنقودية او العقدية او البنية التي نعالجها باللقاحات تنكس خلافاً للجدري نكساً مستمراً اي انه اذا اصيب الشخص بها مرة فلا تقيه هذه الاصابة الاولى من اصابة ثانية فالتلقيح في الجراحة والحالة هذه ليس تلقيحاً بل مداواة بالجراثيم (bactériothérapie) لان نتيجة التلقيح هي ابلاغ التعفن شدة فائقة موءدية الى عدم التحمل ونبذ جميع الجراثيم المرضية فالتلقيح يحمل البنية على القيام بعمل جازم فهو لا يقتل الجراثيم بل يعيدها داجنة عديمة الضرر ٠

وقد دلّ الاختبار ايضاً انه لا يشترط في اللقاح او المصل ان يكون نوعيا ليفعل فعلا حسنا فتبين ان لقاح عصيات الكولون تشفي التعفنات المسببة من المكورات العقدية وان المصل المضاد للدفتيريا يفعل في تعفنات لم تفد

فيهـا المصول النوعية ·

ويظهر ان اعمال فيدال وتلامذته قد جلت هـذه المسألة الغامضة فانهم درسوا درساً دقيقا عارضة سموها صدمة تزعزع الغرويات (choc colloidocla-sique) وتوصلوا بها الى تعليل فعل المصول واللقاحات وتأثيرهـا في التعفنات الناشئة من جراثيم اخرى ·

وقد نشأ من فهم هذه الصدمة طريقة علاجية سميت المداواة الهيولينيـة (proteinothérapie) وهي تقوم بادخال آحين متغاير (hetérogène) للبنيـة تنشيطا لها على مكافحة الادواء المختلفة وقد استعملت لهذه الغايـة مواد كثيرة واشترط فيها فقط ان تكون من نوع الهيولين (البروتئين) المتغاير فنجم من استعمالها صدمة شديدة عقبها ازدياد شديد في الكريات البيضاء مفض الى الشفاء استعمل الهيولين والحليب والالكترغول فنجمت من الحقن بها صدمة مفيـدة ويفعل الاستمصال الذاتي والاستدماء الذاتي والمداواة القيحية بهذه الطريقـة فقط وكذلك المصول واللقاحات فانها تفعل فعلها المفيد لاحتوائها على آحينات متغايرة وعليه فيجوز استعمالها بدون النظر الى فعلها النوعي ولا يؤثر لقاح دلبة الذي اكتسب شهرة بعيدة الا باحتوائه على هضمون المرق المزروعة فيه الجراثيم

ويقول بازي ان سائر اللقاحات الشافية مواد جرثومية محللة وان ما يفعل في اجسام الجراثيم انما هو الاحين الجرثومي الذي فصله بازي وفاله وحقنا به بعد تسميته المكورين الباطن (endococcine) او مادة بطانة المكورات ·

وصفوة القول ان اللقاحات والمصول ليست الا مقرعة تنبه البنية النائمة الى الدفاع وما فعل خراج فوشيه الاصطناعي الا من هذا النوع ·

وبما ان الدور الذي تلعبه الكريات البيضاء دور كبير الاهمية فقد جربوا الاستفادة من خواصها النافعة بوضعها هي ايضا في القوارير ·

وهذا ما حدا م · رغار (Regard) الذي استهوته نتائج التطعيم بالنسج الميتة في جراحة العظام والاعصاب فخطر له منذ بضع سنوات ان يعالج الكريات البيضاء معالجة خاصة و يستحضر منها نوعا من الطعوم يطعم به البنية متى كانت في حاجة اليه :

فجمع الكريات البيضاء من دم حيوان وثبتها وغسلها لكي يفصلها عن الكريات الحمراء وحفظها ومتى جاء وقت استعمالها فانه يضع منها كمية في المصل الخلقي و يستحضر منها مصلا اسماه مصل الكريات البيضاء الدوائي (serum leu-cocythérapique) وهو ينتظر ان تكون فوائده باهرة ولست اعلم ما اذا كانت نتائجه قد طابقت آماله ولا بد لي من اعلان كشف هارال (Herelle) سنة ١٩١٧ قبل ان انهي كلامي عن النظريات التي قامت على انقاض نظرية المناعة القديمة لان هذا الكشف يفتح طرقا جديدة للوقاية وفن المداواة فان عامل المناعة حسب هارال كائن جديد يسمى ملتهم الجراثيم (bactériophage) وهو حمة غير منظورة و يحتمل ان يكون ضيف المعى وهو الذي يدخل و يفتك بالعامل المرضي فالمناعة اذن مرض عفني ثان يعقب و ينهي المرض الاول ·

و يفعل ملتهم الجراثيم هذا فعلا حسنا في الزحار (الدوسنطاريا) والافات الناشئة من عصيات الكولون والمكورات العنقودية فالى جانب المناعة الخلوية او المناعة الداخلية المنشإ (endogène) وهي ما لم يعرف سواها حتى الآن نرى مناعة خارجية المنشإ (oxogène) ناتجة من العراك الواقع بين طفيلي وطفيلي هذا

الطفيلي،عراك يؤدي الى انحلال الثاني

وصفوة الكلام اننا اذا اقررنا بفائدة المصل المضاد للكزاز في الوقاية وبنجاح المصل الكثير القوى في الوقاية من الغنغرينا وشفائها واذا كان للمداواة باللقاحات والمصول والهيولين في بعض الحالات فائدة لا تنكر فلا بد لنا من الاقرار ايضا بان هذه الطرق تخيب في كثير من الحالات خيبة تامة وانها لا تزال في دور الاختبار · ويجدر بنا ألا نتورط في استعمالها ما زالت فوائدها لم تثبت بعد وطرق استعمالها لم تقرر تقريراً نهائيا وان نكتفي باستعمالها في الادواء التي يعرف سببها متى خابت جميع المعالجات الاخرى ·



المستحدثات الطبية في سياق سنه ١٩٢٩

للدكتور شوكت موفق الشطي

الاستاذ في معهد الطب بدمشق

« المعدة »

الافراز المعدي في الحالتين الطبيعية والمرضية : ظهرت في العام المنصرم ابحاث قيمة عن الافراز المعدي وقد احدث غاران و برناي وفريلون الافراز المعدي بطريقة الاختبار الذوقي وهي تقوم بمضمضة فم المريض بنبيذ احمر بعد ان تفرغ معدته بالقثترة . و يستمر على تذوق النبيذ بدون بلعه مدة خمس عشرة دقيقة . ثم يؤخذ الافراز و يفحص كيماويا ودرس اكار وميلو الطعام البنيني (caféiné) (٠٫١٠ بنين في ٢٥٠ غرام ماء) فكانت النتائج مشابهة لما يبدو في الطرق الاخرى . غير ان استحصال عصارة ليس فيها حامض كلورهيدريك ممكن في هذه الحالة بيد ان الهيستامين يحدث عصارة فيها حامض كلورهيدريك صرف لذلك يجب ان يلجأ الى الهيستامين في تمييز فقد الكلورية (achlorhydrie) عن فقد الهضم (achilie)

عسر الهضم ١ - عسر الهضم العصبي : درس شابرول انواع عسر الهضم فتبين له ان هناك عسر هضم عصبي «عدا عسرات الهضم المسببة من التهاب المعدة او هبوطها او التهاب المرارة او الكولون او الامساك او الآفات الولادية » تلعب فيه الجملة العصبية دوراً هاما وقد سماه التوجن المعدي (gastro-névrose) وهو

ينجم من تأثيرات خارجية أو بنوية او من اشتراك العاملين معاً . ويعد شابرول القمه العقلي والاقياء في العصبيين والتنفرث وابتلاع الهواء وألم المعـدة العصبي والريل وريل اللعاب المدمى وعسر الهضم في المخورين والسوداويين في زمرة هذا الصنف . غير ان قاروا وبومان لا يذهبان هذا المذهب بل يعتقدان أن في اساس هذه الاعراض آفات معدية وان تأثر الجملة العصبية يكون متأخراً لا سابقاً وانواع عسر الهضم هذه في نظرهم هي موهمة لا حقيقيـة . وتنجم عسرات الهضم الحقيقية على رأيهما من آفات معدية او حشوية يجب تحريها قبل ان نتهم الجملة العصبية .

٢ عسرات الهضم التالية لاضطرابات الغدد الداخلية الافراغ درس برودن الاضطرابات الهضمية الناجمة من آفات درقية او كظرية او معثكلية (بنكرياسية)

ا — الدرقية : تنشأ من تقصير الغدة الدرقية او من الوذمة المخاطية الدرقية اضطرابات هضمية اما فرط نشاط الافراز الدرقي وداء بازدو فيحدثان جوعاً كاذباً واسهالات متكررة لا يصاحبها ألم عادة واللسان فيها كتن والنفس نتن والجسم نحيل وآلام شرسوفية وغثيان تتبعه اقياء مائية او صفراوية

ويكشف فحص افراز المعدة الكيماوي ان الحامض الكلورهيدريك كثير وفحص الغائط ان هضم المواد الاحينية والنشوية مضطرب وان كمية سائلها زائد وان تفاعلها حامضي ومدة الهضم قصيرة

ويدل هذا كله على تنبه الودي مع ازدياد التوتر

ب — الكظر : ان الاضطرابات الهضمية عرض اساسي في قصور الكظر واذا كان القصور شديداً بدت اقياء لا تكاد تنقطع واسهالات غزيرة وهـذا

ما جعل المؤلفين يصنفون شكلي قصور الكظر الحاد وهما الشكل الهيضي والشكل الخلبي ·

واما القصور المزمن فيبدو بشكل معدي معوي، القمه فيه شديد والاقياء غزيرة نخامية وامساك متناوب مع اسهالات ونهك وانخفاض التوتر

ج — المشكلة : الاضطرابات الهضمية ثابتة في قصور المعثكلة وتكون شديدة في الداء السكري الهزيل حيث يبدو عسر هضم واقياء متكررة واسهالات ونحول ونوب آلام شرسوفية شديدة تنتشر الى المراق الايمن والكتف اليمنى والظهر وتحدث قولنجات كبدية · وتعالج بالانسولين

وتحدث الغدد الداخلية الافراغ الاخرى اضطرابات هضمية فقد ذكر برودن ان اضطرابات المبيض تحدث عوارض كبدية او غيرها سواء اكان فيه تقصير ام افراط ·

قرحة المعدة : إمراضها : كثرت النظريات في صدده و يعتقد لاندو وغلاس انه يعود الى اربعة اسباب : ١ — الاستعداد البنوي ومعنى ذلك ان الجدار المعدي قليل المقاومة من طبيعته (بور) ٢ - عدم استقرار ولادي في توازن الجملة العصبية النباتية ٣ آفات وعائية عضوية او وظيفية ٤ - انخفاض التوتر الشرياني · و يعتقدان أن للالتهاب والانتان بعض التأثيرات ايضاً و يقولان بان انخفاض التوتر لسبب عظيم وانه ينجم على زعمهما من اضطراب توازن الجملة العصبية النباتية (النموذج النهكي او البلغمي) الذي يؤهل الشخص لقرحة المعدة وانخفاض التوتر في عروق المعدة وباقي اقسام الجسد وقد يفضي الى فاقة دم مستمرة في المعدة فتنقص درجة اغتذاء جدارها فيتجه الى التقرح

اما موريس رونو فيعتقد ان تقرح المعدة ينجم من التهابها التصلبي القرحي المستولي على جدرها

ولاحظ كونيو ان افات الغشاء المخاطي اقل اتساعاً من آفات النسيج الضام وشاهد ان قروح المعدة تبدو في مناطق مغطاة بغدد مخاطية افرازها قلوي

معالجة قرحة المعدة الطبية: أ — المعالجة بالانسولين . اول من بحث في هذه الطريقة هو فيسلي ثم غونيا فهورفيتس وكانت النتائج حسنة . يبدأ بعشر وحدات على مرتين ثم تزاد خمس وحدات في اليوم حتى يبلغ المقدار ٥٠ وحدة في اليوم تعطى على مرتين ويكرر استعمال هذا المقدار مدة ٢٠ يوماً ويعطى المريض غذاءً فيه كثير من المواد المائية الفحمية وينجم شفاء القرحة بالانسولين من تأثيره في اسراع ندب الجروح الوهنية وتحويل التوازن الحامضي الاساسي للجهة القلوية وتنبيه الحركة المعدية واسراع تفريغ المعدة ومنع العراقيل الانتانية التالية ، والوقاية من النقص الفيتاميني

ب — المداواة الهيولينية يداوي لاي مارتن قروح المعدة بحقن العضلات بهيولين اللبن النقي فيحقن منه بعشرة سنتمترات مكعبة مرة في اليومين او مرة في كل سبعة ايام وتكرر الحقن من ١ — ٧ مرات وقد شفي وتحسن بهذه الطريقة من المرضى ما تعادل نسبتهم ٨٣٫٢ ٪

ج — الاستدماء الذاتي : هجعت الالام بهذه الطريقة

د — حمية غنية بالفيتامين : ينصح هاريس المصابين بقروح المعدة او الاثني عشري باتباع اغذية غنية بالفيتامين

هـ — المداواة القلوية : مستعملة منذ القديم وكان يعزى فعلها الحسن الى

تعديلها لحموضة المعدة . وهي موضع الجدل اليوم غير ان ما لا ينكر من فعلها انها تقص الالام بسرعة وهناك طرق دوائية اخرى كطريقة المداواة بسيليكاة الالومين غير ان امرها لم يجزم فيه حتى اليوم

معالجة الانتان السلي

١ — ألرجين جوسه (allergine de Jousset) : ليس اللالرجين مصلاً ولا لقاحاً غير انه يهب البنية مقاومة للانتان . والالرجين مادة مستحصلة من العصيات السلية مجردة من الشحوم لانها غير نافعة ومن السلين لانه مضر . وينصح جوسه باستعمالها في سل العظام والعقد وسل الجلد . ولا يجوز وصفها للمصدورين الا بحذر زائد وكذلك الامر فيمن كان تفاعلهم شديداً بالسلين . تكرر الحقن كل ثلاثة اسابيع مرة ثم مرة كل ثلاثة ايام . اما المقدار فيختلف من نصف سنتمتر مكعب الى ثلاثة ارباع السنتمتر المكعب وينجم من الحقنة الاولى عادة تفاعل خفيف وتكون الثانية اشد ويعقبها تحسن حقيقي واذا لم يبد هذا التحسن كانت متابعة المعالجة عقيمة . يحقن تحت الجلد بهذه المادة . ويبدو في الانسان تفاعل عام شديد غير انه موقت اما التفاعل الموضعي فيختلف باختلاف شدة الآفات ويناسب درجتها

المعالجة بالذهب: قدم ل . برنار وش . ماير الاستنتاجات التي حصلا عليها خلال اربع سنوات في ١٢٤ حادثة سل . وكانا يستعملان ثيو كبريتاة الذهب والصوديوم فجنيا منه فائدة عظيمة اذ تحسنت الافات الرئوية وهجعت الحمى وتحسن كثير من الاعراض الوظيفية . ولم يبدُ معهما تفاعلات خطرة . وينصح هنري مولار باستعمال مقادير صغيرة لا تزيد عن (٠/٠٢ — ٠/٠٥) .

وتتحسن الآفات في ٥ من مائة حادثة ٠

اما مضادات الاستطباب فهي : افات المعى والكبد والكلية والاحتقانات والسل الحاد والسل الجبني والدنف .

اما العوارض الناجمة من المعالجة بالذهب فبسيطة اذا كانت المقادير المستعملة جزئية وهي غثيان وطنين وقمه وحس سفود ونزف رحمي ٠ وقد يبدو طلوع وبيلة احينية مشتركة بالتهاب الكلية اولاً والتهاب اللثة واسهالات غزيرة ونقص في الوزن ونزوف وعوارض جلدية وكلوية ويجب حينئذ ايقاف المعالجة

معالجة السل بنظام جرسون الغذائي : وصف ساور بروك وهرمانسدورفر وجرسون وبيروكوش غذاءً لا ملح فيه في معالجة اشكال السل الرئوي : ١ — في الحالات المبتدئة في الجانبين والمتصفة بانسكابات مع تأخر الحالة العامة .

٢ - في آفات الرئة التصلبية المصحوبة بحمى والاخذة بالازدياد ٠

٣ - في المسلولين الذين افادت فيهم المعالجة الطبية

٤ — في المسلولين المقطوع عصبهم الحاجزي (phrénicectonisés) او اضلاعهم ٠ وقد بدا تحسن في اكثر الافات السلية فلوحظ ان الاشكال الخطرة تتحول الى اشكال ليفية سليمة ولا سيما في النوعين الاولين المار بن الذكر ويصبح التوسط الجراحي ممكناً ومفيداً وقد بين ج ٠ موزون في مقالة ماهية الحمية التي لا كلورور فيها ٠ وتقوم هذه الطريقة ايضاً باعطاء المريض مـلاح تنقصه ٠ وقد استعمل الالمانيون في هذا الصدد مادة اسمها مينارالوجان (minéralogène) يدخل في تركيبها ثلاثة عشر ملحاً عرف منها لبناة الكلس وكبريتاة الصودا وكبريتاة الصودا المضاعفة وبرومور الصوديوم، وصواناة الصوديوم

وكبريتاة المغنزيا ولبناة السترونسيوم وشاب البوطاس وفوسفاة الكلس وتحت ازوتاة البزموت ويتركب سواغ هـذا المستحضر من مادة آحينية وتفاعله حامضي قليلاً

المعالجة اللقاحية : اخذت المعالجة باللقاحات دوراً هاماً في وقتنا الحاضر ويعتقد ريو ان للقاحات تأثيراً نوعياً ايّاً كان نوع اللقاح : لقاح ذاتي ام لقاح مستحضر ام لقاح محسس ام مضاد الحمة لبسردكا . وقد بين ما وصل اليه استعمال اللقاحات ولا سيما بعد ما تحققت فائدتها في امراض الجلد والانبوب المضمي . اما تيسيه وربي وريفاليه فيعتقدون خلافاً لريو ان تأثير اللقاح ليس نوعياً بل هو طريقة مماثلة لطريقة المداواة بمولدات الضد (antigénothérapie) في بدن محسس تجاه مولدة الضد (antigène) فهي على رأيهم مداواة هيولينية خاصة ليس غير

وقد بين بوانكلو طريقة حديثة في المعالجة اللقاحية تقوم بتلقيح باب دخول الجرثوم وقد جرب هذه الطريقة في التهابات الخصية والاحليل السيلانية فكان منها احسن النتائج ويقول هذا المؤلف بان اللقاح لا يجب ان يحقن به حيث كان بل المكان الذي ولجت منه الجراثيم المرضية واحدثت الافة

ويعتقد لوتستاين ان اكساب المناعة بطريق الجلد امر مهم وقد توصل الى جعل الاطفال منيعين على الدفتيريا بفرك جلدهم بمستنبت فورمولي من عصيات الدفتيريا

وتبين ان التضميد بمضادات حمة بسردكا يهب نتائج باهرة في آفات الجلد (دمل ، جمرة حميدة ، التهاب الجلد القيحي) . على ان يكرر الضماد مراراً

الاضطرابات المبيضة والنخامية : قد عرف منذ عهد قديم ان بين نشاط الغدة التناسلية والغدة النخامية علاقة عظمية · تتركب الغدة النخامية من ثلاثة فصوص : الامامي والمتوسط والخلفي و يعتقد سيجره (Siegeret) ان للفص الخلفي صلة مقصودة بالافراز المبيضي · فاذا قل الافراز النخامي نقص ايضاً الافراز المبيضي · وتوءثر رسل (hormones) الفص الامامي الكيماوية في نمو الاعضاء التناسلية · وقد كان هذا البحث موضع مناقشات موءتمر بروكسل القبالي والنسائي سنة١٩٢٩ في شهر تشرين · وقد قدم بروها (Brouha) تقريراً عن خلاقة الغدتين المذكورتين وفودون (Wodon) عن علاقتهما بالسريريات اما تأثير الفص الامامي فلم يعرف بعد تماماً · ولا شك انه يوءثر في مجرى المرأة التناسلي وان هذا المجرى يوءثر فيه ايضاً · غير ان طريقة هذا التأثير لا تزال موضع البحث ·

اما الفص الخلفي فانه يعمل في الياف الرحم العضلية الملساء فينشط التقلصات الرحمية و يزيد عددها وهو علاج حسن في فتور الرحم غير ان الحذر في استعماله واجب اذ قد ينجم منه تقفع اذا اسيء استعماله

وقد عرف رسول الفص الكيماوي الامامي اختباراً فجرب ستريكر وغروتر (Stricker و Grueter) تأثير محلول خلاصته المائية في الارانب وقد بدا تأثيره جلياً في الارانب غير البالغة ونشط الافراز اللبني والمبيض في الارانب الملقحة · و يستطاع اجراء تفاعل به يختبر بواسطته وقوع الحمل · وحقن كوريه و كل قططاً صغيرة بمقادير متنوعة من الفص الامامي فلاحظا اولاً دوراً جرابياً ولم تتكون الاجسام الصفراء الا بتزييد المقادير كثيراً

وقد لاحظ فارتن ان الغدة النخامية هي المؤثرة في القبعة .

ولم يكتف المؤلفون بالاختبارات التجربية فحسب بل استعملوا المداواة النخامية في النساء فاتت بفوائد جمة منها ما بدا لكوت (Cotte)الذي اعطى امرأة مصابة بقصور افراز المبيض خلاصة الغدة النخامية الامامية فنشطت وظيفة مبيضها وحملت بعد مدة وجيزة مع ان خلاصات المبيض التي اعطاها اياها غيره سابقاً لم تنفعها مطلقاً .

وقد تحقق اليوم عمل بعض الغدد بتزييدها لنشاط الغدد الاخرى كتأثير الغدة النخامية في المبيض وتأثير الخصية والمبيض في الغدة الدرقية .

وذكر آبر (Apert) حادثة ابنة لها من العمر خمسة عشر عاماً حظباء فاترة القوى مصابة بقصور الغدة الدرقية غير ان التطور الاساسي كان فيها مرتفعاً فلم تعط خلاصة الغدة الدرقية بل حقنت بخلاصة الخصية فتمّ شفاوءها في مدة وجيزة . تفيد خلاصة الخصية في الاضطرابات الروحية المصطحبة باضطرابات المبيض والحظوب . غير ان الحظوب لا ينجم دائماً من اضطراب الغدة الدرقية والغدد التناسلية . وقد يبدو فيه قصور درقي مبيضي ، كظري ونخامي : اما الشحامة النخامية المنشإ فتشفى بخلاصة الغدة النخامية . وكما ان الشحامة تنجم من اضطراب الغدد الداخلية الافراغ كذلك الدنف قد ينجم من اضطراب الغدد المذكورة ايضاً ويشفى هذا الدنف بالاستعضاء الدرقي الانسوليني والدرقي المبيضي .

مبحث الامراض العصبية

بابونكس وغابريل لوفي

مداواة الفلج العام بالبرداء

ابان كثير من المؤلفين ولا سيما فاغنر جورغ من فينا فائدة البرداء في بعض حالات الفلج العام· ولنبحث اذن عن استطبابات هذه الطريقة ومضاداتها وفوائدها وعن الطريقة الموصلة اليها

يلقح المريض بعامل الحمى الغب وذلك بان يحقن تحت جلده بـ ٥سم مكعبة من دم مريض اخر مصاب بنوبة برداء ومدة التفريخ في هذه الحالة خمسة عشر يوماً · توافق هذه الطريقة الاشخاص المتعبين · اما الطريقة الثانية فتقوم بحقن الوريد بـ ١ ٢ سم مكعبة من دم مريض ومدة التفريخ لا تزيد عن ٤ — ٦ ايام وتلائم هذه الحالة الشبان الاقوياء · وقد يسبق النوب في المعالجين بهذه الطريقة حمى مستمره ثم تأتي النوبة في كل يوم وتكون غير منتظمة وتبدو في ساعات مختلفة وقد تنجم منها عراقيل وهي ارتفاع شديد في الحرارة ويقاوم هذا بالكينين او وهط القلب ويشفى بالأدوية المقوية للقلب ·

وبعد ان تطرأ على المريض عدة نوب توقف المعالجة باعطاء الكينين بطريق المضم (غرام يومياً ثلاثة او اربعة ايام ثم يعطى خمسين سنتغراما ثلاثة ايام) ومتى شفيت البرداء يوصف للمريض النثو على ان يتناول ستة غرامات في ثمانية اسابيع ·

ثم تجدد النوب حسب احدى الطريقتين · وتستعمل الطريقة المبكرة في المازلين الذين لا يتحملون اكثر من ٥ — ٦ نوب

وتستعمل الطريقة المتأخرة فيمن خابت فيهم المعالجة وذلك بعد عشرة الى اثني عشر شهراً من المعالجة الاولى او فيمن استفادوا فائدة موقتة وعاودهم المرض . وتنفع هذه المعالجة في الفالج العام في الدور الذي لا تكون قد تكونت فيه بعد افات عضالة اي قبل العته واللمم (gatisme) والدنف.

ولا تستحسن هذه المعالجة متى تقدم المرض او كان المريض طاعناً في السن او في بعض الامراض كسل الرئة وآفات الكبد الحادة او المزمنة وامراض الكلية والقلب غير المعاوضة اما النتائج فهي الخيبة في ثلث الحادثات ونجاح نسبي في الثلث الثاني ونجاح باهر في الثلث الثالث ويستمر التحسن في الحالة الاخيرة خمس سنوات او عشر . ويقول لرميت ان نجاح المداواة بنقل البرداء واضح للعيان لا تشابهه في هذا الصدد اي طريقة اخرى .

العقم (stérélité)

اوجدت طرق جديدة للاستقصاء في باطن الرحم والنفير بالاشعة بعد حقنهما بالليبيودول . وقد وضع كل ، بكلر كتاباً جزيل الفائدة بين فيه فائدة الطرق الجديدة في كشف انفتاح البوق او انسداده . وتدل مشاهداته على ان كثيراً من آفات البوق لا تكشفها السريريات بل تعزف بالاستقصاء الليبيودولي بسهولة . ويعتقد ان ٥٠ ٠/٠ من النساء العقيمات مصابات بانسداد النفيرين ويقول دوفرنيه ان طريقة العمل لمعرفة سبب العقم هي ما يأتي :

١ — يفحص مني الرجل

٢ — تفحص اعضاء المرأة التناسلية ليعرف ما اذا كانت مصابة بالتهاب الفرج والرحم او ملحقاتها

٣ — ولا يجوز مباشرة الاستقصاء في النفير الا متى كانت الاعضاء التناسلية سليمة او بعد ان تكون عولجت وشفيت ·

فاذا بدا النفيران مسدودين كانت النتيجة عقيمة ومتى كانا مفتوحين كانت النتائج حسنة بعض الحسن وقد ظهر من الابحاث الاخيرة ان لافراز الغدد الداخلية الافراغ اهمية عظمية

التراخوم (trachome)

اصبح هذا المرض منتشراً في اكثر اقطار المعمورة وقد وضع كونيود ونلتاف (Cunéod et Nataf) كتاباً كان ملخص تجارب سنين عديدة ويذكر المؤلفان في صدر الكتاب امراً مهماً جداً وهو ان التراخوم غير الرمد الحبيبي · والرمد الحبيبي في نظرهم هو عرض مختلط مؤلف من تراخوم صريح معرقل بالتهابات المنضمة الحادة وهذا ما يجعل سير المرض التهابياً ·

اما التراخوم الصرف فلا علامات التهابية شديدة فيه والهجمات الحادة ليست في الحقيقة الا انتانات معرقلة · وذكرا ان هذا المرض كثير في آسية وافريقية وسيره فيهما خطر غير انه ليس نادراً لا في اوروبة ولا في اميركة وان في الكرة الارضية ملايين من الاشخاص المصابين بالتراخوم ·

يبدأ المرض خلسة باعراض شخصية بسيطة ولا يستشير المريض طبيبه الا بعد ترقي المرض كثيراً فتكشف حينئذٍ العلامة السريرية الهامة وهي ظهور الحبيبات ·

وتنشأ هذه الاجربة الحبيبية من اجربة بلغمية طبيعية وتستقر اولاً في الجفن العلوي فتستر حافة الغضروف العلوية · وهذا هو دور المرض الابتدائي

ثم ينتشر المرض فتستولي الحبيبات على الملتحمة الغضروفية في الجفن العلوي وعلى قسم من ملتحمة الجفن السفلي واللخصة (caroncule) . ويبدو حينئذٍ غالباً سبل قرني ويدل هذا العرض على انتشار المرض الى الابتليوم القرني ويأخذ السبل اولاً شكل هلال واقع في قسم القرنية العلوي ويصاحبه انسدال نصفي في الجفن . ويتركب السبل من بارزات صغيرة تشبه اجربة الملتحمة ويتجه السبل الى الانتشار وقد يستولي على سطح القرنية كله ويتعرقل بتقرحات قرنية سيرها مختلف . ثم يدخل التراخوم في دور الندب فتظهر في الجفن العلوي ندب دقيقة وقد تضمر ملتحمة الارتاج فتوءلف لجاً . ويبدو بعد مدة مختلفة تكثف في الغضروف ويصحبه تشوه خاص في الجفن يدعو الى تكون الشعرة وذلك بانقلاب الحافة الهدبية فتلامس الاهداب الطبقة القرنية

اما التشخيص فصعب في البدء ويلتبس المرض بالتهاب المنضمة الجرابي وتلتبس اجربة التراخوم بالاجربة الطبيعية . غير ان الاجربة الطبيعية منفصل بعضها عن البعض الآخر ولها شبكة وعائية قليلة النمو مستقرة في محيط الاجربة اما حبيبات التراخوم فمحاطة بعروق نامية ترى بالعين او بالعدسية وقد لا يمكن تمييز التراخوم عن التهاب المنضمة الجرابي الا بمراقبة سير المرض اما تشخيص التراخوم القديم فاسهل من تشخيصه في بدئه ويدعم التشخيص بالسبل وكثرة الحبيبات في الجفن العلوي ومشاهدة الندب

اما طرق المعالجة فكثيرة جداً ويستعمل المؤلفان طريقة يسميانها الكشط (xysis) وهي تقوم بابطال حس العين بتقطير الكوكائين ثم كشط الحبيبات الواقعة في الجفن العلوي بمجرفة كليلة فخادة . وتجرى العملية نفسها في الجفن

السفلي ثم يكشط قسم الحافة القرنية العلوي والسبل ولو لم يكن السبل ظاهراً
ومتى انتهى الكشط يحقن المؤلفان تحت المنضمة البصلية بمحلول مركب من كيانوس الزئبق والديونين والكوكائين ثم يمسدان بحامض البور المنضمة المكشوطة ويقطران من محلول الاتروبين وكبريتاة النحاس ويستعملان مرهماً يدخل فيه الكافور والنحاس (campho cuivre) ويستران العين بضماد يترك بضعة ايام على ان يدخل كل يوم قضيب كليل مسطح من البلور بين الجفن العلوي والقرنية تحاشياً للالتصاق

ويساعدان هذه المعالجة بأدوية مقوية للبنية وبقطرات ومراهم ومسح بقلم كبريتاة النحاس ويشفى بهذه الطريقة ٧٥ ٠/٠ من المرضى وذلك في بضعة اشهر بعد عملية الكشط. ولا بد من معالجة التراخوم المعرقل بآفات اخرى بصبر وتجلد مدة من الزمن. ويعتقد المؤلفان ان التراخوم ينجم من فوعة راشحة

داء الرز (Bériberi)

ينسب نول برنار داء الرز الى العصيات المنهكة (bacillus asthénogenes) تحدث هـذه العصيات التهاباً في اعصاب عديدة او كساحات في حيوانات التجربة. ويعتقد كثير من المؤلفين اليوم از فقد الحيوين (الفيتامين) وحده لا يكفي لتعليل الاعراض التي تظهر في داء الرز الانساني وقد ابان كوتو من البرازيل ان هذا الداء قد يظهر في اشخاص لا يأكلون الرز. وذكر ترابو عدة مشاهدات من هذا الصدد. ويتجه ترابو الى الاعتقاد بأن الرز السيء النوع يساعد على احداث هذا المرض وفي ذلك رجوع الى النظرية القائلة بالتسمم باشباه القلويات التي توجد في الرز المختمر

الضنك

ان وافدات الضنك في عامي ١٩٢٧ - ١٩٢٨ التي استولت على بلاد اليونان وآسيا الصغرى حملت المؤلفين على البحث فيه في كل حدب وصوب وقد كان لهذه الوافدات سير خاص لانها كانت منهكة ومحدثة لاحتقانات في اعضاء مختلفة ومعرقلة ومحبة للاعصاب واحدثت طلوعات تشبه طلوعات الحصبة مما دعا ترابو الى تمييز النوعين بعضهما عن بعض · وتبين ان الضنك يوءثر في الكظر ويشاهد في امكنة مرتفعة لا بعوض فيها ويقول سامي بك ان الاصابات كانت عديدة حتى انها تدعونا الى نبذ فكرة انتقال المرض بالبعوض لأن الانتقال لو كان يقع بالبعوض لوجب ان توخز به الوف من الاشخاص في آن واحد ويعتقد ان قبول فكرة العدوى لأفضل بكثير واقرب الى الصواب · وهذا ما جعل موءلفي معهد دمشق يتساءلون عما اذا كان ضنك البحر المتوسط ليس مرضاً خاصاً مميزاً عن ضنك البلاد الحارة

وقد وضع هذا السوآل معهد دمشق في النشرة الطبية رقم ٣٩٠ واستنتاجات مدرسة دمشق قاطعة غير انه لا بد من المناقشة في هذا الموضوع لأن الداء ظهر وافداً · ولا يخفى ان الوافدات تتصف بصفات خاصة لا تنطبق على وصف المرض البلدي ·

ويعتقد تانون ان الجزم في هذا الشأن سابق لأوانه سيما وان الضنك مرض كثير الاشكال وانه لا مجال لتمييز ضنك البحر المتوسط عن ضنك البلاد الحارة ·

ويعتقد ترابو ومرشد خاطر كما يعتقد بلن وكامينوبتروس انه ليس لواخزة

الوريد تأثير في العدوى وذكر ترابو الفروق ما بين حمى الايام الثلاثة والضنك .
وقد اظهر بلن و كامينو بتروس ان البعوض الارقش الذي يعيش في غرفة مريض مصاب بالضنك ينقل العدوى ولا يبدو المرض الا بعد تسعة ايام من الوخز : وانه يبقى حاملاً للجرثوم مدة ١١٥ يوماً . ومتى نام البعوض في البرد يبقى حاملاً للفوعة خمسة اشهر . وقد توصل اندرسون و كولابكلور وماد ورينو ودينو وروزنفلت الى استنتاجات مماثلة . غير ان كارداماتيس يعتقد بتأثير واخزة الوريد في نقل المرض بشكل خفيف

اما من الوجهة السريرية فلوحظ ان الاشكال المدرسية نادرة وقد شوهدت اشكال عصبية مع اقياء وحصر واتجاه الى الاغماء وطلوع في الوجه وارتفاع حرارة الملتحمات وقد لاحظ جوانيدس (Joannides) تغيرات في الكريات الحمراء فبدت وحيدات النواة متكاثرة وظهرت في هيولاها تكثفات نووية . والتغيرات في كثيرات النوى المعتدلة اشد مما في وحيداتها فقد بدت فيها فجوات وتجزوء نووي واستحالة .

وتمتاز اشكال المرض في الاطفال بحرارة فجائية تبلغ الـ ٤٠ ثم تهجع الحرارة ولا يلبث ان يظهر طلع قرمزي . وقد كان الطع حاكاً غير انه لا يتلوه توسف . ولا شيء جديد في صدد المداواة . اما تأثير مصل الناقه فموقت

خلاصة موءتمر بوردو «تتمة»

«٨»

للدكتور انستاس شاهين
رئيس تمريضات امراض الاذن والانف والحنجرة

٣ — معالجة الصداعات العصبية

يصعب جداً تصنيف الطرق الدوائية المختلفة وتخصيص كل قسم من الصداعات بفئة منها لان المريض لا يصل غالباً الى المتخصص بالامراض العصبية الا بعد ان يكون قد استشار متخصص العين والانف والاذن والحنجرة ويجب على المتخصص بالامراض العصبية ايضاً قبل ان يبدأ بمعالجة مريضه ان ينفي كون الصداع ناجماً من رضوض او جروح او امراض اثنائية او استعداد بنوي او تسمم او اختلال هضمي او داء قلبي وعائي او رئوي او اختلال في الغدد ذات الافراز الداخلي ويرى نفسه مضطراً في بعض الاحيان الى استعمال الادوية لتشخيص سبب الصداع فيتوصل بعد التردد الى معرفة سببه ويصف له علاجاً مضاداً للسبب وليس مسكناً .

ولنذكر على سبيل المثل الصداعات ذات المنشإ القحفي الباطن ونتخب من هذه الفئة نوعين نوعاً يستدعي المداواة الطبية وهو الصداعات الناشئة من

تنبهات السحايا ونوعاً آخر تصح فيه المداواة الجراحية وهو الناجم من اورام الدماغ ·

١ لا بد من معرفة تنبه السحايا اولاً ثم معرفة سبب ذلك التنبه وما اذا كان ناجماً من التهابات السحايا بفعل الجراثيم الخاصة او بفعل الامراض الانتانية العامة او داء الافرنج او بفعل السموم الخارجية او الداخلية ومتى عرف السبب يبدأ بمعالجته بالطريقة الدوائية ·

أ – يحارب المنبع المسبب اما بالمصول او بالأدوية المضادة للانتان او المضادة للزهري حسب السبب وهكذا يزال العنصر المسبب نفسه ·

ب – يقاوم فعل العنصر المسبب وسمومه المتراكمة في م · د · ش باستخراج قسم من هذا المائع ببزل القناة الشوكية او البطينات ويضاف الى هذا التحفيض بعض الطرق التي تكون بمثابة غسل م · د · ش ·

ج واستخراج قسم من م · د · ش مفيد ايضاً في تخفيف الضغط الذي يزداد في حالات الالتهاب و يعد بمثابة معالجة خلقية للصداع الذي يزول بتخفيف الضغط ·

٢ – ومتى ثبت ان في الدماغ ورما كانت المداواة جراحية وهي درجات لا بد من التأكد اولا ان المداواة الطبية لم تأت بفائدة وان المداواة المضادة للزهري لم تثمر وان المداواة بالاشعة بعد تجربتها لم تكن منها النتيجة المطلوبة فمتى ثبت هذا يفكر بالتوسط الجراحي ولا سيما متى رأى الكحال ان الانتظار لا فائدة منه وان الضغط اصبح شديداً ويخشى منه فيقتضي الاسراع باجراء العملية ·

اما العملية الجراحية فيجب ان تتبع الطريق الذي رسمه لها التشخيص مع شيء من التعديل بالنسبة الى الطوارئ · وان تقدم فن جراحة الرأس في المدة الاخيرة بفضل جهود العلماء الكثيرين كفيكتور هورسلي الذي رسم الطريق الموصل الى الدماغ و كوشينغ (Cushing) صاحب الطرق الجراحية الكثيرة وغيرهما من جراحي الدماغ قد سهل الصعاب واصبح ما كان يخشى منه في الماضي أو ما كان مستحيلاً سهل المنال · واذا لم تكن النتائج جميعها مرضية فاننا نستطيع ذكر الحوادث الكثيرة التي يفتخر بها اليوم فن الجراحة ولا سيما عمليات دي مارتل وفنسن

فان تعيين مكان الورم تعييناً دقيقاً والوصول اليه واستئصاله كل هذا قد اصبح سهلاً بفضل الجهود الكثيرة التي ابداها اختصاصيو الامراض العصبية وجراحوها ·

وعليه فالتشخيص الباكر امر يتعلق به نجاح العمل الجراحي ومتى شخص الورم ومقره سير اليه واستؤصل ·

والاستئصال هو غاية الجراح فبه تسكن الالام و يستأصل منبعها فلن تعود وقد نصل قبل ان ننهي جميع ادوار عمليتنا الى بعض النتيجة لان الآلام تسكن متى فتح القحف فبعد ان تنزع القطعة العظمية المراد نزعها توصلاً الى الجوهر العصبي المصاب يظهر لنا ان م · د · ش مزداد ضغطه ازدياداً شديداً وتبدو الأم الجافية منتبجة وقد يكون انتباجها شديداً حتى ان نبضانها لا يظهر · فتظهر اذ ذاك فائدة بزل البطينات فيسهل بعد البزل شق الأم الجافية واجراء العملية

اللازمة . والبزل القطني او البطيني قبل العملية مفيـد جداً اجتناباً لبعض الاختلالات التي قد تحدث اثر فتح القحف فجأة فضلاً عن ان البزل يخفف عن المريض كثيراً من آلامه التي لا تحتمل

ولكن بعض العوارض يعجز البزلان البطيني والقطني عن اجتنابها لا بل اجراء البزل يزيد في اخطارها فهي تنجم منهما او من جروح الدماغ التي ينصب فيها قسم كبير من م . د . ش وما سبب هذه العوارض التي منهـا الصداع الا انخفاض ضغط م . د . ش .

ثالثاً : قد استنبطت لهذه الغاية طريقة حديثة خلقية تفيد في كلا الشكلين اي في الصداعات الناشئة من ازدياد ضغط م . د . ش وهي بالوقت ذاته تحول دون انخفاض ضغط المائع .

وقد كشفت هذه الطريقة بفضل تجارب ويد (Weed) وماك كيبين (Mc Kibhen) فجربت على الحيوانات فنجحت كل النجـاح وهي تقوم بحقن الوريد بمحلول زائد التوتر (hypertonique) فيعلو الضغط بسرعة مدة الحقن كلها ثم يليه هبوط واذا حقن الوريد بالماء المقطر حقناً بطيئاً يحدث عكس ما حدث في المرة الاولى اي يرتفع ضغط م . د . ش حين الحقن ويهبط بعـده ويستمر الهبوط عدة دقائق ثم يعود الى الصعود وقد طبق هادين (Haden) هذه الطريقة في الانسان فعالج مريضين مصابين بالتهاب السحايا الحاد بحقن اوردتهم بمحلول سكر العنب الكثيف .

ويعتقد كوشنغ وفوله (Foley) ان النتائج نفسها تجتنى باعطاء هذا المحلول بطريق الفم .

وقد عمّ اخيراً استعمال هذه الطريقة باشكالها المختلفة لمكافحة زيادة ضغط م . د . ش . او نقصه

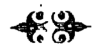
ولكن النتائج لا تطول مدتها فيجب اذن ان يكرر استعمالها . وهناك شيء اخر يخفف من اهمية هذه الطريقة وهو انها لا تأتي بالنتيجة نفسها في جميع الاشخاص وقد اختبر ويد وماك ليبين هذا الامر في الحيوانات فبعد ان قاسا ضغط م . د . ش في كل من الحيوانات المختبر بها بمقياس كلود والتوتر الشبكي في العين بآلة بيليار (Bailliart) وجدا ان النتيجة لم تكن متساوية في جميع الحيوانات وجرب كلود ولاماش وكويل ودوبار (Cloude Lamache Cuel et Dubar) هذه الطريقة بحقن الوريد او اعطاء المحاليل بطريق الفم او الشرج ففي ٥٠ حادثة استعملوا المحلول الكثيف وفي ١٨ الماء المقطر فوجدوا ان النتائج لم تكن متساوية بما يتعلق بازدياد الضغط او بنقصه وبمدة استمراره .

واستنتجوا ان استعمال هذه الطريقة يجب ان يحصر في حوادث قليلة مثال ذلك . استعمال الماء المقطر بالطريق الوريدي يفيد كثيراً في هبوط ضغط م . د . ش الحاد الناشيء من رض او من بزل قطني .

وكذلك محلول السكر الكثيف يمكن استعماله في الصداعات العنيدة وفي مداواة عوارض البزل القطني الناشئة من ازدياد الضغط ويجب ان يستعمل المحلول بطريق الفم .

ولا يجوز استعمال هذه الطريقة في جميع الصداعات الناشئة من ازدياد ضغط م . د . ش . لان استعمالها الذي لا يجدي نفعاً حينئذٍ يحدو بنا الى اهمال الوسائط الاخرى التي يمكنها ان تأتينا بالفائدة المطلوبة كالبزل

القطني ويحملنا على نبذ الوسائط الجراحية التي من شأنها ان تشفي المريض الشفاء التام . ولكن على الرغم من هذه التحفظات لا يزال الكثيرون مصرين على استعمالها نظراً الى سهولتها والى الخيبة التي يلاقيها الجراح في كثير من عملياته على المخ . واذا لم يحقن الوريد تعطى المحاليل الكثيفة بطريق الشرج وخير محلول شرجي هو محلول سلفاة المانيزا بنسبة ٤٠ - ٥٠ ./. يحقن من هذا المحلول بمائة سم[٣] يبطء زائد اي قطرة قطرة .



مطبوعات حديثة

١ — اطروحة الحكيم في الصيدلة ب ٠ مطر عن عصيات الكولون في مياه الشرب

لجأ الانسان الاول الى السكنى على ضفاف الانهر ومزجت بنيته بالماء الذي يدخل في تركيب الانسان بما يعادل ٧٠ ٪ وهذا الماء لازم للحياة حتى ان الكثيرين يقدسونه فالهنود يقذفون حتى اليوم في نهر (الغنج) دراهم فضية تبركاً به · وقد قدس الماء المصريون والفينيقيون واليونانيون والرومانيون ·وكانت هذه الأقوام تسعى الى المحافظة على طهارة الماء حتى ان احـد الكهنة المصريين وضع للمحافظة على طهارة ماء النيل شروطاً قاسية اشد من القوانين الصحيـة المتبعة اليوم · وكان المصريون يقيمون الاعياد احتفالاً بطوفان النيل ويلقون فيه تقديساً له اجمل فتاة في مصر · وقد زالت هذه العادة السيئة بفضل عمرو بن العاص ·

وقد عدد ابو الطب ابقراط في كتابه عن الهواء والأقاليم والحياة الصفات اللازمة للماء ليكون شروباً

وهو ان لا يكون مستنقعاً

وان يكون بعيداً عن القنوات القذرة

وان يكون صافياً ورائقاً

وان يكون خالياً من الرسوب

وان تكون حرارته منخفضة في الصيف فيطفيء الظمأ والحار ومقبولة في الشتاء .

وقد أبان النابغة باستور دور الجراثيم في تلويث المياه وكيفية انتشار الاوبئة بها وبحث عن العصيات الكولونية في الماء المشروب عالمان احدهما الماني غرتنر (Gartner) والثاني فرنسي فنسان (Vincent) وللعلماء اجكمان (Eijkmann) وبونجان (Bongean) وايمبو (Imbeaux) ابحاث قيمة في صدد المياه المشروبة وبحث عن المياه المشروبة ايضاً ميكل ودنير وغيلر وروشه ولما كان الدكتور مطر من ابناء النيل هذا النهر المقدس الذي يحول الصحراء الى ارض خصبة رأى ان الواجب يدعوه الى درس اقدس شيء في مصر وهو ماؤها كيف لا والدين الاسلامي يحرم استعمال الاشربة الكحولية والاقليم يساعد على انتشار الاوبئة لذلك جعل عنوان اطروحته البحث عن العصيات الكولونية في المياه المشروبة وقد بحث في الفصل الاول عن صفات الجراثيم المجردة وعن كيفية تمييزها عن عصيات الكولون العامة وفي الفصل الثاني عن المستنبتات المستعملة في كشف هذا الجرثوم وفي الفصل الثالث عن تحري هذا الجرثوم في المياه وفي الفصل الرابع عما يدل عليه وجود هذا الجرثوم في الماء وبحث في الفصل الخامس عن ارائه الشخصية في هذا الصدد وفي الفصول الاخرى عن امور كيماوية جمعت فأوعت

وقد خص القسم الثالث من كتابه النفيس بالبحث عن تأثير الكلور في العصيات الكولونية وعن تعقيم مياه الشرب بهذه الطريقة

تقع الاطروحة في ١٦٤ صفحة مطبوعة على ورق صقيل ومكتوبة بلغة

فرنسية علمية عالية دالة على ان المؤلف قد جمع بين الادب والعلم فنحن نزف الى الدكتور مطر تهانئنا القلبية بفوزه ونشكر له هديته هذه القيمة

الدكتور

شوكة موفق الشطي

٢ — اطروحة الدكتور ناظم الميداني عن السعيقة (غلوكوم) الرضية

ان التقصيات الحديثة جعلت المتتبعين يحصون كنه الامراض ويقفون على دقائقها وهذا ما وقع في السعيقة التي كانت تظن مرضاً خاصاً فاذا بالابحاث الجديدة تبين ان ازدياد التوتر في العين ليس الا تناذراً يبدو في حالات متعددة وعليه وضعت هذه الاسماء الجديدة في الكتب المدرسية: السعيقة الحادة ، الخفيفة الحدة ، المزمنة ، النزفية ، التالية . الامر الذي دعا الزميل السيد ناظم الى الكلام عن السعيقة الرضية . كان يظن ان هذه الحالة نادرة على ان مقياس التوتر وشيوع استعماله ابدى لنا ان ازدياد التوتر الرضي ليس كثير الندرة

بحث المؤلف في القسم الاول من اطروحته عن تاريخ السعيقة الرضية وفي القسم الثاني عما يتعلق بالامور السريرية من تناذر واشكال واعراض وفي القسم الثالث عن التشريح المرضي وفي القسم الرابع عن الإمراض وفي الخامس عن المداواة . وكانت استنتاجاته قيمة نذكرها فيما يلي :

١ — السعيقة الرضية آفة نادرة بعض الندرة تمتاز بهجمة ازدياد توتر حادة في العين واقعة اثر رض العين رضاً مقصوداً وتختلف مدته واخطاره

باختلاف الافة التي احدثت الرض

٢ – المشهد السريري هو مشهد نوبة سعيقة حادة · وتتبع هذه النوبة في سيرها احد النماذج الآتية :

أ – شكل بطيء يشفى عفواً بمدة وجيزة ·

ب – شكل حاد واضح الاعراض تختلف مدته من بضعة ايام الى بضعة اسابيع يشفى بالمداواة الطبية ولا يسبب في المستقبل الا عطلاً وظيفياً خفيفاً

ج – شكل شديد سيره مستمر ومترقٍ الافات فيه خطرة يعصى المداواة الطبية ويتحسن احياناً بالتوسط

وهناك شكلان اخران يسبب الاول جسماً اجنبياً في باطن العين والثاني السعيقة المزمنة

٣ وقد تبين من الحالات التي امكن درسها نسجياً ان الافات ناجمة من تبدل الجملة الوعائية مع نزوف هدبية مشيمية شبكية

ولا تبدو افات التهابية مطلقاً

وقد شوهد في بعض الحالات الخطرة تمزق القزحيــة وانخلاع الجسم انخلاعاً جزئيــاً او كاملاً وساد ونزوف غزيرة في الجسم الزجاجي وانفصال الشبكية وتقعر الحليمة

٤ – اما الإمراض فمجهول

٥ المداواة متنوعة فهي طبية في الاشكال الخفيفة ·

وقد عرف حديثا ان حقن وراء البصلة بالكظرين مفيد جداً في الحالات الحادة ومسكن للالام ومخفف للتوتر ومتى لم يفض الى الشفاء ساعــد العمل

الجراحي وتبزل القرنية او تخزع القزحية خزعا واسعا ·

ولا بد من بخص العين في الاشكال المؤلمة الشديدة الألم والمصطحبة بضياع العين الوظيفي

فنحن نشكر لزميلنا الفاضل هديته داعين له بالنجاح في حياته الطبية الجديدة ·

الدكتور

شوكة موفق الشطي

٣ – كتاب تهذيب الاخلاق

اهدى الينا حضرة الاديب الفاضل مراد فؤاد حقي رئيس تحرير مجلة الحكمة بالقدس كتاب تهذيب الاخلاق الذي عُني حضرة الاديب المشار اليه بنشره وتعليق حواشيه ·

والكتاب المذكور هو احد التصانيف الكثيرة التي وضعها ابو زكريا ، يحيى بن عدي التكريتي الفيلسوف السرياني الشهير المولود حوالي سنة ٨٩٣ م والمتوفى في بغداد سنة ٩٧٤ م واما الكتاب فموضوع بحثه يعرف من عنوانه ، فهو رسالة فلسفية قيّمة يتناول فيها مصنفها موضوع الاخلاق بالتحليل الدقيق فيعرفها ويذكر الاسباب الموجبة لاختلافها ، ثم ينتقل الى محاسنها ومقابحها وما يجب ان يتخلّق به الانسان من السجايا والفضائل ليكون انسانا كاملا ، وغير ذلك من الموضوعات التي تتفرع من الموضوع الاساسي · وكل ذلك باسلوب بليغ يستهوي القارىء ، ويحمله على الاستزادة منه كلما أمعن في قراءته ·

وقد صدّر الكتاب ناشره بمقدمة نفيسة أبان فيها الغرض من نشر الكتاب في هذا العصر التي تدهورت فيه الاخلاق الى الدرك الأدنى ·
وألحق المقدمة بفصول يشتمل احدها على سيرة المؤلف وعدد الرسائل والمقالات والكتب التي وضعها ، فاذا هي اثنان وسبعون ·

فنشكر حضرة الناشر الاديب على هديته النفيسة ونثني عليه لما ابداه من التدقيق العلمي في ملاحظاته وتعليق حواشيه ·ونحث الادباء والعلما والمهذبين على اقتناء الكتاب لما فيه من الفوائد الاخلاقية والفلسفية الجليلة متمنين ان ينال الكتاب ما يستحقه من الرواج والانتشار

سهيل



اللجنة الفاحصة الفرنسية في معهدنا الطبي

جرت العادة ان توءم المعهد الطبي في نهاية كل سنة لجنة فرنسية تعينها المفوضية العليا لاجراء الفحص الاجمالي (الكولوكيوم) وقد تألفت لجنة هذه السنة من الكومندان سوليه (رئيس) والكابتين لوزرال والكابتين الصيدلي توارز (عضوان) وقامت بامتحان الطلبة المنتهين من اطباء وصيادلة في يومي السبت والاحد الواقعين في ١٣ و١٤ حزيران المنصرم ولما جاءت الساعة الخامسة من بعد ظهر الاثنين الواقع في ١٥ حزيران اجتمع اعضاء اللجنة وعميد الجامعة السورية ونائب رئيس المعهد الطبي واساتذته والطلبة في مدرج الجامعة الكبير ولم يستقر بهم المقام حتى نهض رئيس اللجنة الكومندان سوليه فالقى خطابا نلخصه بما يلي:

يسعدني الحظ للمرة الثالثة بان اكون احد اعضاء اللجنة الفاحصة وبان اتحقق تقدم هذا المعهد المستمر واسمع باذني الاجوبة السديدة التي اجابنا بها الطلبة الامر الدال على تضلعهم من العلوم الطبية والتبحر فيها. وقد سررت هذه السنة اذ سمعت بعضكم يعرب عن افكاره باللغة الفرنسية فاستنتجت ان بعضكم يتقنونها وان جميعكم يعرفونها المعرفة الكافية وفي معرفة هذه اللغة فائدة عظيمة لكم لان اللغة العربية على اتساعها لم تبلغ فيها الحركة العلمية حتى الان ما بلغته في اللغات الاوربية لست انكر ان اساتذتكم الافاضل ينقلون اليكم كل مستحدث وان الموءلفات التي وضعوها لكم لمن خيرة الموءلفات غير

ان الوف الكتب التي تصدر كل سنة في فرنسة لا يستطاع اصدارها جميعها بالنغة العربية · فاللغات الاجنبية لا مندوحة لكم اذن عنها في المستقبل واقبالكم عليها لأكبر دليل على تحققكم ما اقول :

ثم تلا اسماء الاطباء والصيادلة الذين جازوا الامتحان بنجاح وهم :

الاطباء

السادة :	احمد الطباع	دمشق
	امين شكر الله	مصر
	عزة مريدن	دمشق
	علي القنواتي	دمشق
الانسة	لوريس ماهر	دمشق
السيد	ممتاز المالح	دمشق
«	هاشم الجندي	حمص

الصيادلة

السادة :	ابرهيم بطرس	مصر
	احمد محي الدين الشريف	دمشق
	حسين الحربوطلي	دمشق
	رئيف افيوني	طرابلس
	سعيد الشعباني	حلب
	شهاب الدين السعدي	دمشق
	فضل الله الشاع	صيدا
	فهمي الحفار	دمشق
	محمد مصطفى نجا	بيروت
	ناصيف يعقوب	مصر

فقوبل خطابه وهذه النتيجة الباهرة بالتصفيق الحاد ·

ثم تلاه الدكتور هاشم الجندي احد الاطباء الجدد والقى كلمة ملوءها العواطف الرقيقة والشواعر اللطيفة نحو المعهد الذي تخرج منه فكانت كل عبارة من عباراته تنم عن عرفانه بالجميل متكلما بالاصالة عن نفسه و بالنيابة عن رفقائه

وعقبه الصيدلي سعيد الشعباني احد الصيادلة الجدد فالقى خطابا فرنسيا بليغا عن تاريخ نشأة الصيدلة ورقيها مبينا فيه فضل العرب على الكيمياء والصيدلة وما كان لدمشق و بغداد في زمن الحضارة العربية من المقام العلمي السامي و كيف انهما كانا المنارتين المضيئتين اللتين كانت تهتدي بانوارهما اقطار العالم الى ان دالت دولة العرب وقامت لهذا الفرع في اوروبه عروش و برزت في هذا المضمار البلاد الفرنسية وان دمشق قد دبت روح الحياة العلمية فيها الان ومعهدها الطبي خير برهان عليها فعسى ان يمثل هذا المعهد المشهد التي مثلته دمشق القديمة وان يكون مبعث العلم العربي الحديث

ثم ابدى عواطفه الرقيقة نحو اساتذته وشكر للجنة الفاحصة عناءها وعطفها

و بعد ان اديرت المرطبات انفرط عقد القوم داعين للمعهد بمواصلة الازدهار والرقي ٠

القابلات المجازات

انتهت امتحانات القابلات في منتصف شهر حزيران المنصرم ونالت الشهادات القانونية :

الأوانس :	شكرية بهجت	حلب
	زهرة صيدلي	حماه
	رشيدة ميسر	حلب
	وصفية كامل	حلب
	سعاد حجار	حلب
	مطيعة ملاح	حلب
	فخرية مصطفى	حلب
	املي غنطوس	لبنان (اميون)
	نفيسة غزي	حلب
	شكرية حلمي	حلب

وقد كانت اجوبتهن في الامتحانات سديدة دالة على تضلعهن من العلوم التي درسنها . ولما كانت الحاجة ماسة الى القابلات القانونيات العالمات باصول هذا الفن والواقفات على قواعد الطهارة فاننا نعتقد تمام الاعتقاد بانهن سيقمن بأجل الخدم ويقلصن رويداً رويداً ظل القابلات الجاهلات كما اننا نؤمل ان السيدات سيقبلن عليهن ويقدرن العلوم التي درسنها حق قدرها، فالى تلميذاتنا الفاضلات اخلص تهانئنا بما احرزن من النجاح

م . خ .

حفلة توزيع الشهادات على خريجي معهدي الطب والحقوق

عينت الجامعة السورية موعداً لتوزيع الشهادات على خريجي معهديها الطبي والحقوقي يوم الاحد الواقع في التاسع والعشرين من حزيران سنة ١٩٣٠ الساعة الخامسة بعد الزوال

ونظمت برنامجاً للحفلة تتخلله انغام موسيقية تقوم بتوقيعها نخبة من الموسيقيين تحت اشراف الموسيقي الشهير الموسيو بلنغ وهم الانستان روزلين ملوك ونجلا عبسي والسادة جوزف شحلاوي والياس نحات والياس الضباعي وقد ابدع الموسيقيون كل الابداع وسحروا الالباب بالحانهم الشجية التي كانت تأخذ بمجامع القلوب كل مأخذ .

غير ان هذا البرنامج قد بتر والغي الخطابان اللذان كان قد اعدها الدكتور هاشم الجندي والسيد حامد ناجي باسم خريجي معهدي الطب والحقوق في هذه السنة ولكننا سندرج هذين الخطابين لكي يطلع قراؤنا الكرام على ما يجول في قلوب ابناء الجامعة من عواطف الاخلاص والشكر لها

قبل ان تدق الساعة الرابعة بدأ المدعوون يتوافدون افواجاً افواجاً ولم تأزف الساعة الخامسة حتى غص المدرج الكبير على رحبه، اروقته وفناوءه وظل عدد عديد من المدعويين وقوفاً وقد عين لكل طبقة منهم جناح خاص وكان في صدر الدكة فخامة رئيس الوزراء وبعض وزرائه الفخام وسعادة مستشار المعارف ومعالي عميد الجامعة والرئيس الأعلى للصحة والاسعاف العام الموسيو جود

وبعض اعضاء اللجنة الفرنسية الفاحصة التي جاءت خصيصاً هذه السنة لفحص طلبة معهد الطب الفرنسي في بيروت والى يمين الدكة اساتذة معهد الحقوق وبعض كبار الضباط الفرنسيين والى اليسار اساتذة معهد الطب والموسيقيون ٠

ولما استقر المقام نهض معالي رئيس الجامعة الاستاذ رضا سعيد بك فألقى خطاباً [1] كان له الوقع الجميل وقد قوبل بالتصفيق مراراً ونهض على اثره السيد مختار احد كتبة معهد الطب فقرأ ترجمة خطاب العميد باللغة الفرنسية ثم تقدم معالي رئيس الحقوق الاستاذ عبد القادر العظم و بدأ بتلاوة اسماء مجازي الحقوق هذه السنة فكان كلما تلا اسماً نسمع عاصفة من التصفيق شديدة ثم يتقدم صاحب الاجازة فيتناول شهادته و يعود الى مكانه

واما اسماء المجازين فندرجها ادناه مرتبة على حروف المعجم :

السيد	ابرهيم فريحة	السيد	بشور حداد
«	ابو الهدى حسيبي	«	بكر صدقي
«	احمد علاف	«	بهاء الدين صالح
«	اديب التقي	«	توفيق افرام
«	اديب جبور	«	توفيق رفاعي
«	الياس لطيف	«	توفيق سمان
«	امين نخله	«	جميل سلطان
«	انطون بستاني	«	جورج خوري
«	انطون بقاعي	«	جورج سعد
«	برهان سيمان	«	حامد ناجي

(١) ننشر في هذا الجزء خطاب معالي عميد الجامعة فقط نظراً الى ضيق المقام وفي جزء تشرين القادم الخطب الاخرى التي القيت والخطابان اللذان لم ينفسح الوقت لالقائها ٠

السيد حسني حافظ
« حسيب اسعد
« حسين جميل
« حلمي منجد
« حليم جباره
« حليم حداد
« خالد فوق العادة
« ذهني حسيني
« رائف سلطان
« رائف غوري
« رضا عظمة
« رمزي عظم
« رياض مفلح
« زكي محاسني
« سامي حكيم
« سري حسامي
« سعيد عسيران
« سليم حني
« سهيل خوري
« شفيق صيداوي
« صبحي موصلي
« صلاح الدين خياط
« صلاح الدين الصالح
« عادل برازي
« عادل حمدان
« عبدالقادر ملك

السيد عبداللطيف المرت
« عبدالله نيازي
« عبد النبي مراد
« عيد غلمية
« فاخر كيالي
« فارس شيخو
« فارس ضو
« فريد خوري
« فريد محمود
« فؤاد بولس
« فؤاد رملي
« فواز سليمان
« فوزي رفاعي
« كامل عويدان
« كعدي فرهود
« لطفي ديب
« محمد العرب
« محمد القدسي
« محمد القصبجي
« محمود باكير
« مختار حسيني
« مصطفى عظم
« ملك عظمة
« ميخائيل خوري
« ميشال رعد
« نبيه جبل

السيد	نسيم ايوب	السيد	وجيه حلاج
«	نصوح حفار	«	وحيد خربوطلي
«	نقولا خير	«	وديع ابو حديد
«	نور الدين جوهري	«	وديع عسيران

وبعد ان انتهى مجازو الحقوق من تناول اجازاتهم نهض سعادة نائب رئيس معهد الطب الاستاذ طاهر عبد المؤمن فبدأ بتلاوة اسماء الاطباء فكان كل طبيب يتقدم من الدكة ويضع يده اليمنى على المصحف اذا كان مسلماً او على الانجيل اذا كان مسيحياً ويقسم اليمين القانونية امام ذلك الجمع الحافل الذي لم تشهد الجامعة له مثيلاً في حفلاتها ثم يتناول شهادته ويعود الى مكانه ولا بدّ لنا من ذكر الانسة لوريس ماهر خريجة معهد الطب هذه السنة فانها لم تكد تتقدم من الدكة حتى دوى التصفيق شديداً في القاعة وكانت ترتسم على وجوه الحضور في تلك الدقيقة امارات السرور والاعجاب لرؤيتهم انسة هي الاولى في الدولة السورية تحرز شهادة الطب

ثم جاء دور الصيادلة فوزعت عليهم الشهادات كاخوانهم الاطباء بعد ان اقسم كل منهم اليمين القانونية

وتلتهم القوابل فاتين جميعهن واقسمن اليمين وسلمن شهاداتهن وقد صفق الحضور لهن تصفيقاً شديداً متواصلاً .

اما اسماء الاطباء والصيادلة والقوابل فاننا نضرب صفحاً عن ذكرها لاننا ذكرناها في غير مكان من هذا الجزء .

ولم يكد ينتهي توزيع الشهادات وتعزف الموسيقى بعض الالحان حتى نهض الاستاذ سعيد الغزي فتكلم بصفة كونه من اقدم خريجي معهد الحقوق .

وكان خطابه متقناً والقاؤه فصيحاً وقد قوطع مراراً بالتصفيق وتلاه على الأثر الدكتور حسني سبح فتكلم ايضاً بصفة كونه من اقدم خريجي معهد الطب فقابل بين حالة المعهد في السنة التي تخرج فيها و بينها الان فكان كلامه صورة ناطقة للتقدم المحسوس الذي تقدمه المعهد خلال تلك السنوات القصيره ودليلاً واضحاً على انه يسير بخطى واسعة في ميدان الرقي فكان خطابه جميل السبك قابله الجمهور بالارتياح والسرور ·

ثم عزفت الموسيقى بالحانها الشجية وكان الوقت قد حان ليتكلم الدكتور هاشم الجندي والسيد حامد ناجي باسم خريجي معهدي الطب والحقوق في هذه السنة غير ان فخامة رئيس الوزراء تقدم من المنبر وألقى خطابه منهياً الحفلة بين عاصفة من التصفيق ثم ارفض القوم متدفقين من ابواب ذلك البناء الفخم يدعون لهذه الجامعة بمتابعة الرقي والازدهار .

م · خ ·

خطاب عميد الجامعة السورية

ياصاحب الفخامة ، سيداتي ، سادتي :

تحتفل اليوم جامعتنا السورية للمرة الثانية احتفالاً مشهوداً بتوزيع الشهادات على خريجي معهديها الطبي والحقوقي ، وقد دعتكم لتشرفوا هذا الاحتفال بحضوركم لأمرين ، معربة لكم بهذه المناسبة عن شكرها الجزيل لتكرمكم بالحضور .

اولهما : لتنظروا بعيونكم هذه الثمرات اليانعة التي جادت بها شجرتا هذين المعهدين في هذه السنة . لكي تروا رجال الغد بعد ان سلمتهم جامعتنا سلاح العلم الماضي وكل منهم متأهب لخدمة بلاده الخدمة الصادقة التي لا تشوبها شائبة بالعلم الذي خصص نفسه به لكي تسمعوا بآذانكم اليمين المغلظة التي سيقسمها كل من خريجي المعهد الطبي قاطعاً على نفسه بان يكون صادقاً في مهنته اميناً في تعاطيها رؤوفاً بالفقراء سائراً حسبما يقضي به الشرف والشهامة غير مضح بالمصالح العامة حباً بالمصالح الخاصة وان في لفظ هذه اليمين المغلظة علناً ما فيه من الذكرى التي ترافق الانسان حتى النفس الاخير من حياته فكيف بها اذا لفظت امام قوم كرام تحلوا باسمى الصفات وتجلببوا بجلباب الشهامة والانفة فعسى ان يتمثل هذا المشهد امام عين خريجينا الاعزاء في كل دور من ادوار حياتهم العملية وان يكونوا ابداً مثالاً للنزاهة والاستقامة فيفتخر بهم المعهد الذي انجبهم ويباهي .

وثاني الأمرين : هو إيقافكم سادتي على التطور المقبل الذي سيطرأ على

المعهدين في السنة القادمة . ان الحكومة الجليلة كانت ولا تزال تمدّ الى هذه المؤسسة العلمية يد المساعدة فتشملها بعنايتها وترغب في ابلاغها الى اسمى مستوى علمي فلا عجب اذا رأيناها تنشط القائمين على رأسها منفذة البرامج التي تصوغها عقول هؤلاء الروءساء والاساتذة بعد التفكير الطويل والتمحيص الشديد ، ان برنامج الدروس في معهد الحقوق سيطرأ عليه بعض التبدل وسيتطور وفقاً لمقتضيات هذا العصر وتطور البرامج في البلاد الاخرى الراقية . والحكومة الجليلة تحبذ هذا الامر وتميل ميلاً شديداً الى اتمام ما فيه خير المعهد ونجاحه وعليه فان برنامج الدروس سيلحق به بعض التبديل في السنة المقبلة فيحدث في المعهد ثلاث شعب .

الأولى للادارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي ، فبعد ان ينال المجاز اجازته في الحقوق يترك له الخيار اذا شاء الاختصاص بمتابعة دروس احدى هذه الشعب التي يختارها فيخصص نفسه بها وينال الشهادة الناطقة باختصاصه ويتمكن حينئذ ان يتقن الفرع الذي يختاره حق الاتقان وان يكون في المسلك الذي سلكه مجيداً لامعاً قادراً على خدمة بلاده الخدمة المفيدة وهذا التطور صفحة مجيدة في تاريخ معهد الحقوق يحق له ان يفاخر بها لان تكييف البرامج وفقاً لحاجات البلاد هو سر النجاح واما معهد الطب فاذا لم يطرأ شيء على برامجه النظرية وهي وقد وضعت طبقاً لبرامج ارقى معاهد اوروبا فسيزاد شيء جديد على برامجه العملية .

تعلمون سادتي ان الطب قد ولد من الاختبار والتجربة فهو اذاً وليد العمليات لا النظريات فاذا لم تتوفر وسائط العمل لأساتذته كانت التعاليم التي يلقنونها

تلامذتهم ناقصة مبتورة وقد رأت ادارة الجامعة ان المستشفى المرتبط بها في حالته الحاضرة ليس فيه ما يكفي لجميع الشعب العملية وعلى الاخص ما يتعلق بفن التوليد وامراض النساء ووجدت ان فن التوليد يحتاج الى دار للتوليد حديثة معتزلة عن المستشفى العام يقوم فيها طلبة الطب وطالبات القبالة بدرس هذا الفن درساً عملياً دقيقاً فرفعت خطتها للحكومة الجليلة فلم تلاق منها الا تنشيطاً وان الجامعة السورية تغتنم هذه الفرصة السعيدة لتعلن لكم انها ستضع في المستقبل القريب الحجر الاول لبناء دار التوليد ولتطلعكم على ان الجامعة السورية قد اسست خزانة للكتب يعود اليها تلامذة معاهد الطب والحقوق والاداب في مطالعاتهم وتتبعاتهم وقد وضعت فيها النواة الاولى هذه السنة من كتب الحقوق والطب والاداب فبلغ عددها زهاء ثلاثة آلاف مجلد وستعنى الجامعة في المستقبل بجمع كل مستحدث ومفيد من الكتب في هذه الخزانة لتصبح جامعة ومرجعاً لرواد العلم ·

كما انها توجه اخلص عواطف شكرها للحكومتين الجليلتين الوطنية والمنتدبة لما لاقته منهما من التنشيط والحث على متابعة العمل رافعة الى فخامة رئيس الوزراء المعظم ووزرائه الفخام ما تكنه من شواعر عرفان الجميل · هذان هما الامران اللذان شاءت ادارة الجامعة السورية ان تعلنها لحضرتكم في مثل هذا الاحتفال السعيد اما الان فاننا سنبدأ بتوزيع الشهادات على مستحقيها من اطباء وصيادلة وحقوقيين ·

صناعة حمض الليمون

« ٣ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

تحليل ليموناة الكلسيوم: ليموناة الكلسيوم الموجودة في المتجر قد تكون غير مشبعة بالحمض او حاوية فحماة الكلسيوم بكمية كبيرة · لذلك يجعل منها نموذج وسط يوءخذ منه قدر غرام واحد ويوضع في جفنة صينية بيضاء ويضاف اليه مقدار كاف من محلول حمض الكبريت المعاير ٥/ق لتحليل ليموناة الكلسيوم (٨٠ سم · م على التقريب اذا كانت الليموناة تحتوي على كثير من الفحماة) ويسخن الجميع فيتم التفاعل فتتكون من جهة كبريتاة الكلسيوم فترسب وينفصل من جهة اخرى حمض الليمون ويبقى ذائباً :

$$(C_6H_5O_7)_2Ca_3,4H_2O \quad 3SO_4H_2 = 2C_6H_8O_7,H_2O + 3SO_4Ca + 2H_2O$$

ليموناة الكلسيوم	حمض الكبريت	حمض الليمون	كبريتاة الكلسيوم	ماء
٥٧٠	٢٩٤	٤٢٠	٤٠٨	٣٦

وبعد تسخين السائل قليلاً يعدل فعله وهو حار بمحلول البوتاس المعاير ٥/ق فتتكون ليموناة البوتاسيوم $C_6H_5O_7K_3,H_2O$ · يرشح بعد ذلك وتغسل كبريتاة الكلسيوم المترسبة بالماء الحار · تجمع الرشاحات والغسالات وتغلى ويضاف اليها ٥و١ — ٢ سم · م من محلول كلور الكلسيوم (ج) فتتكون ليموناة الكلسيوم

من جديد . فتتبع عندئذ طريقة تقدير العصارة المضاف اليها كلور الكلسيوم . ولأجل ذلك يغلى السائل نصف ساعة لترسيب ليموناة الكلسيوم ثم يرشح من ورقة ترشيح برزليوس موضوعة على قمع جولي و يغسل الراسب بالماء الحار خمس مرات أو ست ثم تعدل الغسالات بقطرة من روح النشادر وتكثف لتفصل عنها ليموناة الكلسيوم التي قد تتسرب من القمع .

تجفف ورقتا الترشيح ثم تكلسان و يوضع الرماد في جفنة مع قطرة من الماء و يعجن بيد هاون زجاجية و يعالج بكثير من محلول حمض الكبريت د/ق يسخن بعد ان تضاف اليه قطرة من صبغة عباد الشمس مشعراً ثم يعاير بمحلول البوتاس المعاير ٥/ق حتى يستحيل اللون الاحمر الى ازرق و يحسب مقدار حمض الليمون في المائة من النموذج بضرب عدد السنتمتر المكعب المصروف برقم ١٩٤

لنفرض انه اضيف الى الرماد ٥٠ سم . م من محلول حمض الكبريت المعاير ٥/ق وصرف ٥ سم . م من محلول البوتاس المعاير ٥/ق فيكون نموذج ليموناة الكلسيوم محتوياً على

٥٠ — ٥ = ٤٥ سم . م

٤٥ × ١٫٩٤ = ٦٣ غراماً

بالمائة من حمض الليمون المبلور .

الطريقة الطليانية الرسمية لتحليل العصارة هي طريقة وارنيغتون ذاتها غير ان ليموناة الكلسيوم تفحص كما يلي :

١ يوضع في بونقة بلاتينية ذات غطاء غرامان من ليموناة الكلسيوم

المسحوقة ناعماً ، ويكلسان اولاً على لهب ضئيل مع الانتباه الى وضع البوتقة بارتفاع ٣٠ سنتمتراً ثم تخفض تدريجاً (ليكون التكليس بطيئاً وذا دخان خفيف) حتى يمس اسفلها النار ثم يذكى اللهب ويثابر على التكليس حتى يبيض الرماد تماماً . تطفأ النار ولما تبرد البوتقة تولج في قدح مستطيل بسعة ١٥٠ سم ٠ م ويضاف اليه ٢٥ سم ٠ م من محلول حمض الكلور يدريك النظامي (sol.normale) ويغطى بزجاجة ساعة ويغلى بلطف على لهب ضئيل حتى يذوب ما في البوتقة تماماً . ينزع حينئذ الغطاء عن القدح وتخرج البوتقة بقضيب زجاجي معقوف على شكل زاوية حادة وتغسل بدقة خارجاً وداخلاً وتجمع الغسالات في القدح نفسه . يضاف الى السائل قطرتان من محلول فنول الفتالئين بنسبة ١ بالمائة (phénolphtaléine) ويعاير على الحرارة (٦٠° تقريباً) بمحلول الصود النظامي (sol.normale) حتى يبدو اللون الاحمر الزاهر . ثم يطرح ما صرف من محلول الصود النظامي مما وضع من محلول حمض الكبريت النظامي ويحسب من الرقم الناتج ما يصيب المائة .

٢ اربعة غرامات من ليموناة الكلسيوم توضع في قدح بسعة ٥٠٠ سم ٠ م ويضاف اليها ٣٥ سم ٠ م من محلول حمض الكلور يدريك النظامي وتغلى بلطف بعد ان يغطى القدح بزجاجة ساعة ويفثأ الزبد الذي يطفو بتحريك السائل من حين لآخر . ثم تغسل زجاجة الساعة ايضاً ويعاير السائل الناتج بمحلول الصود النظامي حتى الاعتدال باستعمال ورقة مغموسة بصبغة عباد الشمس مشعراً . يطرح ما صرف من محلول الصود ، مما وضع من محلول حمض الكبريت

و يحسب ما يصيب المائة والناتج يضرب برقم ٠،٠٥ للحصول على مقدار فحماة الكلسيوم بالمائة ٠

ثم يطرح عدد سم ٠ م المستحصل في العملية الثانية من العدد المستحصل بالعمليـــة الاولى ويضرب الناتج برقم ٠،٠٧ للحصول على مقـــدار حمض الليمون بالمائة ٠

• • • •

استحصال حمض الليمون

العمليات التي تطبق على عصارة الليمون لاستخلاص حمض الليمون هي :

١ – اشباع العصارة الممدة بالمـــاء بفحماة الكلسيوم وترسيب ليموناة الكلسيوم ٠

٢ - تحليل ليموناة الكلسيوم وفصل حمض الليمون مذاباً ٠

٣ – تكثيف محلول حمض الليمون وتحثيره [1]

٤ – اذابة الحثر وتصفيتها وازالة لونها ٠

٥ - تبلير حمض الليمون ٠

٦ – معالجة المياه الاصلية الباقية ٠

٧ – معالجة الحُثَر الثانوية ٠ « للبحث صلة »



(١) حثر الدواء تحثيراً حبّبه أي جعله حبيبات ٠

الجزء ٨ المجلد ٧

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٠ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٤٩ هـ

التخدير القطني في مستشفى دمشق العام

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض الجراحية وسريرياتها

قرأت الجزء العاشر من هذه المجلة الزاهرة [1] وطالعت فيه خلاصة الجلسة التي عقدتها في بيروت جمعية الاطباء والصيادلة الموقرة في ٢ نيسان سنة ١٩٣٠ فعثرت فيها على تخوف بعض الزملاء من التخدير القطني ونفورهم منه ولما كنت من دعاة هذا التخدير وممن يستعملونه في جميع التوسطات الجراحية الواقعة تحت السرة متى لم يكن في المرضى المخدرين ما يمنع استعماله جئت بمقالي هذا مبيناً بالارقام النتائج التي جنيتها من هذا التخدير في السنوات الخمس الاخيرة لان الارقام خير من الكلام على ما أرى ·

لست انكر ان لهذه الطريقة محبذين ومستنكرين وان مستنكريها وصموها

---

(١) يعني بها المجلة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت لان هذا المقال نشر فيها·

بما شاؤا من المحاذير والعيوب وان البعض ينسبون اليها العراقيل العديدة دون ان يستعملوها مرة واحدة في حياتهم وان بين هؤلاء اساتذة اعلاماً يشار اليهم بالبنان و يستهوي كلامهم العديدين ممن يسمعونهم او يقرأونهم ولكن لا ننسَ أن في المدن الكبرى ولا سيما في العواصم الاوروبية احزاباً علمية شبيهة بالاحزاب السياسية وان الاستاذ الاول يستنكف عن استعمال ما يحبذه الاستاذ الاخر لانه ابدى رأياً مخالفاً في الموضوع حين ظهوره ولا يزال متمسكاً به حتى النهاية والاراء في التخدير متنوعة متضاربة لان المخدرات كثيرة العدد ولكل منها دعاة فلا عجب اذا رأينا للتخدير القطني اضداداً يسلقونه بالسنتهم الحداد وينسبون اليه كل فرية وبما ان المبادىء الطبية سهلة الانتشار واعلانها على صفحات المجلات الطبية يؤثر التأثير الشديد ولا سيما في من خرجوا حديثاً الى ميدان العمل ولم يسمح لهم اختبارهم بان يحكموا في الموضوع الذي يقرأونه حكماً شخصياً رأيت ان اتناول بحث التخدير القطني وابدي رأيي فيه وما لاقيته منه من الحسنات ورغبت قبل ان أجيء على حسناته ان اذكر السيئات التي ينسبها اليه مستنكروه وان اسرد اسماء بعض هؤلاء الاساتذة الاعلام الذين يسددون اليه سهام نقدهم لئلا تستهوي شهرتهم بعض الزملاء فيظنون ان ما يصدر عن تلك العقول الراجحة منزل لا يجوز مسه ولا تبديله ·

اذكر في مقدمتهم الاستاذ جان لويس فور ومن لم يسمع بشهرة هذا العلامة الباريسي والنشرات الطبية ملأى بارائه الثاقبة ان جان لويس فور لم يستعمل التخدير القطني ولا مرة واحدة في حياته ولن يستعمله غير انه

لا يترك فرصة تسنح دون ان ينقد هذه الطريقة نقـداً مراً فهو يفضل التخدير العام عليه و يقول: «ان تخدير المريض التام هو الامنية التي كانت تتوق اليها الجراحة منذ نشأتها وان نوم المريض يدفع عنه التنبه والخوف فهل يجوز ان ننبذ هذه الامنية بعد بلوغنا اياها ونعيض عنها بطريقــة يبقى المخدر فيها مستملكاً حواسه وسامعاً ما يجري حوله ان لم يكن شاعراً به» وهو لا يعتقد بصحة الاحصاآت التي تعلن لان الاحصاآت السيئة تظـل مكتومة حسب زعمه ·

ثم اذكر جان كاموس (Jean Camus)القائل: «ان في ادخال مادة سامة للناحية النخاعية ما فيه لاننا لا نعلم الى اي علو يصعد هذا السم ولا الى اي قسم من المحور العصبي (nevraxe) يسد ضرباته »

ولا انسى ما ير من بروكسل الذي مارس هذه الطريقة في بدء ظهورها واجرى منها نحو مائة تخدير ثم عدل عنها لانه بعد ان اجرى عملية فتق مختنق مات مريضه بانسداد الامعاء ولم يجد بعد فتح جثته ما يعلل به هـذا الانسداد فنسبه الى شلل الامعاء الناجم من استمرار التخدير · والاسماء كثيرة اضرب صفحاً عن ذكرها لانني لا ارمي في بحثي هذا الى سرد اراء الجراحين المنبثين في اطراف البسيطة. بل غايتي ان ابين المحاذير التي ينسبونها الى هــذه الطريقة وادحضها باقوال عدد ممن مارسوا هذا التخدير و بما استنتجت من اختباراتي الخاصة ·

الطوارىء والعوارض : ينسب مستنكرو هذا التخدير اليه عدداً من الطوارىء والعوارض مع انه برآء من اكثرها ان لم يكن منها جميعها ·

١ — خيبة التخدير : وهي على نوعين فاما ان تكون تامة فلا يتمكن الجراح من بزل القطن والحقن بالمادة المخـدرة لتحرك المريض او لعيب في عموده الفقاري او انه يتوصل الى بزل القطن ويشعر انه قد اخترق رتج الام الجافية غير ان السائل لا ينصب من الابرة لخفة ضغط المائع او لوجود حجاب يفصل القناة عدة مساكن او ان السائل ينصب والمخدر يحقن بـه غير ان التخـدير لا يقع ·

واما ان تكون خيبة التخدير جزئية واعني بذلك ان التخدير لا يصل الى الناحية التي يراد اجراء العملية عليها بل يبقى تحتها او ان التخدير يكون قصير المدة فلا يتمكن الجراح من اتمام عمليته بل يضطر الى اكمالها بمخـدر آخر او ان يكرر تخدير القطن مرة ثانية ·

او ان يكون التخدير ناقصاً فلا يزول الشعور بالألم بتاتاً بل يبقى بعضه فيزعج المريض والجراح معاً ·

فرداً على هذا المحذور الاول اقول ان الخيبة التامة نادرة جداً ولا تستحق ان تذكر وقد صادفتها في مريضين كانا مصابين بالجنف (scoliose) فلم نتمكن من بزل القطن فيهما وهذا لا يعتد به ازاء ١٥١٥ حادثة تخدير يدور عليها احصاؤنا الحاضر · واما الخيبة الجزئية فقد صادفتها بما يعادل. واحـد في المائة والاحصاآت الاخرى كاحصاآت كوت ولانوس واندره وريش وسواهم يتراوح معدل الخيبة فيها بين ٣ — ٧ ٪

غير ان لهذه الخيبة اسباباً لا بد لنا من ذكرها ليجتنبها من ينسبون الى التخدير القطني هذه القرية فمنها مـا يعود الى الجراح نفسه لان البزل لم

يحسن صنعه ولان المخدر قد ضاع منه القسم الكبير منصباً بين الابرة والمحقنة ولان المحلول عوضاً عن ان يحقن به داخل الرتج السحائي حقن به خارجه ولان المخدر قليلة كميته ولان الابرة المستعملة ثخينة يبقى الثقب الذي احدثته مفتوحاً بعد نزعها فينصب منه المائع والمخدر معاً وغير ذلك من الامور التي يترتب على الجراح اجتنابها اذا كان لا يرغب في ان يخيب بهمته ·

وقد لاحظت ان للمخدر نفسه الدور الكبير في هـده الخيبة ففي صباح احد الايام بينما كنت اجري عدداً من العمليات لاحظت ان احد المرضى لا يتخدر تخديراً حسنا فسألت الممرضة ان تبدل العلبة التي تأخذ منها حبابها (امبولاتها) بعلبة اخرى فتم التخدير حسنا في المرضى الاخرين وما ذلك الا لان المخدر متى قدم العهد عليه يفقد كثيراً من خواصه ولان الحباب قد يكون في بعضها من المخدر اقل مما في البعض الاخر ولان المحلول قد يكون تبدل تركيبه وتحلل بفعل التعقيم الطويل المدة فعاد قليل الفعل

ومن الاسباب ما يعود الى الشخص المخدَّر نفسه فاما ان تكون قناته مفصولة بحجب تمنع مرور المخدر لتفاعل سحائي اصابه سابقا او لترتب تشريحي خاص واما ان يكون عصبيا شديـد التنبه او سوى ذلك فكل هذا لا يحط من مقام التخدير القطني ولا ينقص من قيمته ·

٢ — الغثيان والقيء يتبدل معدل وقوعهما تبـدلاً كبيراً بحسب الجراحين والاحصاآت التي يقومون بجمعها فبينا نرى بول ريش يقول بندرتها ونون بروم بانها شاذة ولا تستحق ان تذكر نرى بروغليو وسانتي ولانوس يقولون بكثرة وقوعها اما نحن فلم نصادف الغثيان والقيء الا بمعدل ٢ ٪ فضلا عن اننا لم نرَ

مطلقا غثيانا او قيئا مزعجين ٠

وانا ننسب هذا العارض الى انخفاض توتر المائع الدماغي الشوكي اكثر مما ننسبه الى تسمم مركز القيء البصلي ولعل الاحتياط الذي نأخذه بانتقاء ابرة دقيقة وبوخز السحايا وخزة واحدة يخفف من هذه الطارئة لانه يمنع انضباب المائع الدماغي من الثقب الذي احدثته الابرة الواخزة في السحايا ٠

٣ - التشوشات الدورانية : التي ينم عنها شحوب الوجه والعرق البارد والاتجاه الى الغشي وصغر النبض وهذه العوارض متفاوتة الشدة والدرجات وما سببها الا خفة التوتر الشرياني السريع الذي يحدثه هذا التخدير وقد نبه الى هذا الامر في الحرب الكبرى امام جمعية الجراحة الباريسية كانو وسنسار وأبادي وعرف منذ ذلك الحين ان التخدير القطني لا يجوز استعماله في من كان توترهم منخفضا : في المصدومين والنازفين والفقيري الدم وسواهم فاذا ما روعيت هذه القاعدة زالت هذه العارضة بتاتا

فيجب والحالة هذه ان يقاس التوتر الشرياني قبل التخدير حتى اذا كان منخفضا يعدل عن هذه الطريقة وعلى من يريد البحث والتقصي ان يقيس التوتر قبل التخدير القطني وفي سياقه ولا سيما بعده بعشرين دقيقة فيكون درسه مفيداً لان جميع الجراحين مجمعون على ان التخدير القطني ينقص التوتر غير انهم لم يدرسوا الامر عن كثب ولم يبينوا في احصااتهم هذا الامر بدقة ليعرف معدله ولا ذكروا العمليات التي يخف الضغط فيها اكثر من سواها ولا اوضحوا انخفاض الضغط قبل البدء بالعملية لمجرد التخدير وحده وبعد البدء بها اي حينما يضاف فعل العملية الصادم الى فعل المخدر فان عمليات البطن ينخفض

فيها التوتر اكثر من العمليات الاخرى ٠

لست اجهل ان فورغ درس هذا الامر في ٥٠ مخـدّراً من مرضاه درسا دقيقا وانه استنتج ان الضغط الاقصى قد انخفض في ٣٠ منهم بين ١٠ و٣ وفي الباقين انخفض الضغط الادنى من نصف درجة الى درجتين غير ان هذا الاحصاء القليل العدد لا يكفي لاستنتاج نتيجة مفيدة

اما نحن فنستطيع القول باننا لم نشاهد من هذه العوارض الدورانية ما هو خطر ولم نحتج ولا مرة واحدة الى فك يدي المريض المربوطتين لاجراء التنفس الاصطناعي له بل جلّ ما كنا نرى وذلك قليل جداً في بعض مرضانا المخدرين بعض العوارض التي يخالها الطبيب للمرة الاولى مقدمـة للغشي نعني بذلك شحوب الوجه وضيق نفس وضجراً وعرقا بارداً يبلل الجبين والعنق والصـدر وضعفا قليلا في النبض و بعض الابطاء فيه غير ان هذه العوارض جميعها كانت تنقشع بعد بضع دقائق فكان يعود المريض الى حالته الطبيعيـة دون ان تكون ثمت حاجة الى حقنه بمقويات القلب واضافة بعض السموم الى عضويته ٠

....

جميع الطوارىء التي ذكرناها تقع في اثناء التخدير غير ان منها ما يقع بعده ولا بد لنا من ذكره لئلا يقال اننا نسعى الى ستر محذور من محاذير هذه الطريقة مع ان غايتنا هي اظهار المحاذير ونقدها واننا نذكر منها

١ – ارتفاع الحرارة مع عرواء في اكثر الاحيان ، يبدو غالبا مساء العملية تعود الحرارة الى الدرجة الطبيعية في الغد او تستمر يومين او ثلاثة ايام ٠ وارتفاع الحرارة هذا قد يقلق الجراح لانه يوقعه في الشك بين ان تكون الحمى ناجمة من

التخدير القطني او من تعفن جراحي غير ان الحمى المرتبطة بالتخدير لا يتبدل فيها النبض وعدا ذلك فان العلامات الموضعية تنفي تعفن الجرح ٠

٢ — الصداع والخزرة (rachialgie) : لا ننكر ان بعض المخدرين يشكون صداعا متفاوت الشدة والمدة اثر التخدير القطني وانهذا الصداع كثير الوقوع اذا عددنا صداعا ألم الرأس الخفيف الذي لا يلبث ان يتقلص ظله في اليوم الثاني او الثالث وألم الرأس الشديد العنيد الذي يلازم المخدر ولا تنجع فيـه الوسائط الدوائية العادية غير اننا اذا ميزنا هذين النوعين من الصداعات رأينـا ان النوع الشديد قليل الحدوث واذا عدنا الى احصائنا وجدنا ثلاثة مرضى فقط من١٥١٥ مخدراً قد اصيبوا به واضطرتنا حالتهم الى حقن وريدهم بالماء المقطر بعد انخابت الطرق الدوائية الاخرى واننا ننسب هذا الصداع الى نقص التوتر في المـائع الدماغي الشوكي والى بقاء الثقب الذي احدثتـه الابرة في السحايا مفتوحاً وانصباب المائع منه ، وهذا العارض الذي يخشاه كثير من الجراحين ويحملهم على نبذ التخدير القطني يزول متى راعوا الشروط التي ذكرناها آنفاً ولا سيما متى كانت الابرة دقيقة ٠ ولسنا ننكر ان عدداً من المؤلفين يذكرون ان معـدل الصداع اكثر كثيراً مما ذكرنا غير اننا نعتقد تمام الاعتقاد ان احصاآتهم قـد ذكرت فيها الصداعات الخفيفة والشديدة معاً ٠

اما الخزرة فهي اقل حدوثاً من الصداع ولم نصادفها الا في مريضين وهي متى ظهرت قصيرة المدة وكثيراً ما تشترك والصداع معاً ٠

٣ — تشوشات المعرات (sphincters) وهي سلس البول والغائط والاسر (retention d'urine) والحصر (retention fecale) امـا سلس البول والغائط

فيقول فيه فون برون انه لا يستحق ان يدعى عارضاً ولا محذوراً من محاذير هذا التخدير فضلاً عن انه طارئة نادرة الحدوث لا تعتري الا المضعفين المدنفين من المخدرين ونحن لم نصادفها مطلقاً في مرضانا ·

واما الاسر والحصر ولا سيما الاسر فهو العارض الذي نصادفه كثيراً وإننا نقسم المرضى الذين يصابون بالاسر قسمين : القسم الاول ينطوي تحته المرضى الذين يصابون به بعد التخدير مباشرة والقسم الثاني يضم المرضى الذين يصابون بالاسر بعد التخدير ببضعة ايام ·

اما القسم الاول فهو ذو علاقة بالمادة المخدرة وما من ينكر هذه الحقيقة واما القسم الثاني فلا علاقة له على ما نرى بها لان المريض الذي خدر تخديراً قطنياً وبال بعد التخدير يومين او ثلاثة او اكثر بولاً طبيعياً ثم طرأ عليه فجأة أسر لا يحق له ان يكون من الزمرة الاولى ولا يحق لنا ان ننسب اسره الى المخدر بل يجدر بنا ان ننسبه الى عوامل اخرى اهمها التهاب اوردة الحوض لان هذا العارض يطرأ ايضاً بعد التخدير العام كما يقع بعد التخدير القطني ·

اما القسم الاول فيبلغ في احصائنا اربعين في المائة ومدة الاسر هي من يوم واحد وثلاثة ايام وقد بلغت في مريضين اسبوعاً كاملاً وهذا نادر على ان جميع الحالات كانت تزول دون ان تترك اثراً ·

واما الاسر المتأخر فلم نصادفه في مرضانا مطلقا ·

٤ — <u>تفاعلات سحائية :</u> : لم نصادفها ابدا مع انها مذكورة في احصاآت كثيرين (مازونه، بوشه ، سيلهوان ، لاكلرك وغيرهم) وهي على ما نظن ذات علاقة بحالة المريض العصبية السابقة واننا نرى ان الجراح الذي يمتنع عن التخدير

القطني في المصابين بآفات عصبية او في من كانوا قد اصيبوا بها لا يجد اثراً لهذه التفاعلات السحائية ونعتقد ان هذه التفاعلات لا تظهر في من كان جهازهم العصبي سليماً فعلى الجراح اذن قبل تخدير مريضه ان يعلم ما اذا كان قد اصيب بالتهاب الدماغ انومي او بعوارض سحائية سابقة كانت قد طرأت عليه في سياق مرض عفني او سوى ذلك من الامراض العصبية

نقول هذا عن التفاعلات السحائية اللاجرثومية اما التهاب السحايا الجرثومي فليس لنا ان نقول شيئاً فيه لانه ينجم من خطاء الجراح واهمال التعقيم ·

٥ – شلل الطرفين السفليين : ذكر بعضهم هذه العارضة واحصاؤنا خلو منها وقد شاهدنا منها حادثتين في مرضى سوانا اثر التخدير القطني غير ان الاولى وقعت في السنوات الاولى من استعمال هذه الطريقة اذ كان الكوكائين مستعملا في التخدير والثانية على اثر الحقن بكمية كبيرة من الستوفائين ·

٦ – شلل اعصاب القحف نادرة جداً واحصاؤنا خلو منها ولم نر منها ولا حادثة اثر التخدير القطني ·

الموت ان احصاءنا خال والحمدلله من هذه الطارئة الفاجعة والنسبة في الاحصاءات الاخرى لا تتجاوز ١ – ٣٠٠٠ وهي نسبة قليلة قلما تخلو منها طريقة من طرق التخدير العام فضلاً عن ان الموت ينجم في معظم الحالات ان لم يكن في جميعها من خطاء الاستعمال لا من المخدر نفسه ·

····

هذه هي المحاذير التي يصم بها المستنكرون التخدير القطني وهي لعمري ليست بالمحاذير الكبيرة التي ينفرد بها هذا التخدير فضلاً عن ان معظمها يزول

زوالاً باتاً اذا ما اتقن اجراوءه وروعيت فيه بعض الشروط واننا نرى فائـدة في ذكر الخطة التي نتمشى عليها في المستشفى العام :

الاستطيابات ومضاداتها(indications et contre indications) اننا لا نخدر في شعبتنا تخديرا قطنيا من لم يبلغ عمرهم السادسة عشرة ولا من تجاوزوا السبعين غير ان احد اطبائنا الداخليين الذي عهدنا اليه باجراء بعض العمليات في الصيف منذ ثلاث سنوات خدر مريضين حديثي السن عمر احدهما اثنتـا عشرة سنة والثاني احدى عشرة سنة كما اننا اضطررنا عشر مرات الى تخدير شيوخ قـد تجاوزوا السبعين بهذه الطريقة دون ان تطرأ عليهم اقل عارضة

لا نخدر ايضا تخديرا قطنيا المرضى الذين تستغرق عملياتهم وقتاً قصيرا بل نستعيض عنه بالتخدير الموضعي

لا نخدر تخديرا قطنيا المرضى المصابين بتشوشات عصبية ولا من اصيبوا بها في ماضي حياتهم

لا نخدر تخديرا قطنيا من كان توترهم الدموي منخفضا لان هذا التخدير منقص للتوتر كالمصدومين الذين لا يزالون تحت تأثير الصدمة والمصابين بنزف غزير او بذات الخلب (البريطون) او النحيلي الاجسام الناقهين من مرض عفني طويل المدة او المصابين بتقيحات مزمنة

وهذه القواعد التي نتبعها في تخديرنا قد خففت من العوارض التي يذكرها غيرنا من الجراحين ان لم نقل قد قلصت ظلها .

طريقة العمل : نحقن المريض قبل التخدير القطني بنصف ساعـة بخمسة وعشرين سنتغم بنين (كافئين) ونستعمل ابرة دقيقة ونختار في الغالب الخلاء

القطني الثاني وقلما نتجاوز الخلاء الاول ونفرغ من المائع الدماغي الشوكي ما يعادل حجم المحلول المخدر ولو كنا في اكثر الاحيان لا نقيس هذا المائع المستخرج الا اننا متى رأينا المائع يتدفق تدفقا انتظرنا ريثما يعود الى الانصباب قطرة قطرة وحقنا بالمحلول وقد لاحظنا ان التخدير لا يكون كافياً وطويل المدة متى لم تخرج من السائل كمية كافية

ونمزج المائع الدماغي الشوكي بالمحلول المخدر لا رغبة في المزج الذي يشير به البعض ولا نرى له اقل فائدة بل لنتأكد ان ابرتنا لم تخرج من كيس الام الجافية ٠

اما المخدر الذي نستعمله فهو الستوفائين على الرغم مما نسب اليه من المحاذير وما قيل فيه من المساوىء واننا نستعمل منه اربعة سنتغرام محلولة في سنتمترين مكعبين من الماء المقطر وقلما نتجاوز هذا المقدار غير اننا حقنا مرة واحدة سهواً بثمانية سنتغرامات ولم نصادف اقل طارئة ٠

ولا نحقن المريض في اثناء التخدير بمادة منبهة او مقوية للقلب كالاثير او الزيت المكوفر او البنين لاننا لم نحتج الى مثل هذه المواد في سياق التخدير ٠

ونمتنع عن الحقن بهذه المواد بعد التخدير الا متى كانت حالة المريض تستدعيها وكان مرضه الاساسي يحتاج الى مثل هذه الحقن ونوصي المخدر بالصمت والسكون ونمنعه عن الكلام والقراءة والنهوض قبل اليوم الثالث او الرابع وهذا ما يعيد الصداع قليلاً في مرضانا بعد التخدير ٠

. . .

اما الان وقد بينا طريقتنا وهي سهلة لا تعقيد فيها فليسمح لنا الزملاء الذين ينفرون من التخدير القطني ان نذكر حسناته لعلنا نتوصل بها الى اقناعهم بالعدول

عن معتقدهم والاقبال على هذه الطريقة التي نعدها اجمل زهرة في باقة التخدير والجراحون الذين يقولون بقولنا كثر في العالم لا يكاد يحصيهم عدّ ولست ارغب الان في ان اجيء على اسمائهم والمقام لا ينفسح لمثل هذا بل اذكر على سبيل المثال بعضهم كما ذكرت بعض اسماء الراغبين عن هذه الطريقة ·

أجرى اليفيزاتوس (Alivisatus) ٣٤٤٩ تخديراً قطنياً بدون وفاة ولاعقابيل مقبلة مطلقاً وهو يقول «انني من اكبر حماة هذه الطريقة وسابقى اميناً عليها ولا ارضى عنها بديلاً »

الاستاذ سان بوتويانو والدكتوران ستويان ودن تايودوراسكو اجروا في بخارست ٣٨٠ تخدير بدون وفاة وهم من المغرمين بهذه الطريقة

الاستاذ ده روفيل (مونبليه) اجرى ٢٠٠٠ تخدير بدون وفاة مارسها ٢٨ سنة ولا يرضى عنها بديلاً ·

الاستاذ بارار يقول أن التخدير العام لا يجوز اجراؤه الا حيث يتعذر اجراء التخديرين القطني والموضعي ·

اما حسنات التخدير القطني فجديرة بالذكر :

يقول ريش من باريس لكل طريقة من طرق التخدير حسنات لا تنكر وللتخدير القطني حسنات يستطيع جميع الجراحين ان تتفق كلمتهم عليها متى عرفوا كيف يستعملون هذا التخدير ومتى شاخوا في استعماله حتى يتسنى لهم مقابلته بسواه

واولى هذه الحسنات انه لا يضر الكبد والكليتين : قد اثبتت هذه القضية تحريات كثيرة اذكر منها تتبعات جامبرو وكريستول وبونه وسواهم · لا يخفى

ان المخدر يحدث صدمة تنم عنها حوادث سريرية متنوعة وتبدلات في التطور (métabolisme) يكشفها تحليل البول · وتضاف صدمة التخدير هذه الى الصدمة الجراحية وصدمة الصيام التي لا مندوحة عنه في المخدرات العامة قبل العملية وبعدها الامر الذي ينفق ما في الكبد من مذاخر مولد السكر ويعيدها اقل متانة ازاء السموم اما التخدير القطني فلا يحتاج المريض فيه الى الصيام قبل العملية الا في عمليات الانبوب الهضمي · وقد بين جامبرو ان حموضة الدم تزداد في الايام الثلاثة اوالاربعة التي تلي التخدير من ٠،٦ وهو الحد الطبيعي الى ٠،١٨ في المخدرين بالكلوروفرم وانها اقل من ذلك في المخدرين بالايثير اما في المخدرين تخديراً قطنياً فلا ترتفع الحموضة مطلقاً عما كانت عليه قبل العملية وقد درس فيدال وابرامي وهوتينال تبدلات الكبد بعد التخدير فبينوا ان تقصير الكبد بعد الكلوروفرم ثابت ولو قصرت مدة التخدير وان هذا التقصير يظهر بعد التخدير بالايثير وبروتوكسيد الازوت متى طالت المدة · اما في التخدير القطني فخلية الكبد لا تتأذى ابداً ·

وهذه الحسنة لعمري كافية وحدها للاقبال على هذا التخدير ·

٢ لا يسيء التخدير القطني الى الرئة كما يسيء اليه التخدير العام : لا خلاف في ان خطر الايثير كائن في الرئة وان العراقيل الرئوية التي تظهر بعده لا اثر لها بعد التخدير القطني أجل لسنا نجهل ان هذه العراقيل خفت كثيراً بعد اتقان هذا التخدير واستنباط جهاز امبردان المتقن الصنع وانبوب مايو وبعد استعمال المصل المضاد للمكورات الرئوية (بنامو كوك) في الوقاية والمريض مخدر وقد تحققنا فائدة هذا المصل بنفسنا في السنوات الثلاث الاخيرة التي بدأنا بها باستعماله

فكان يقي كثيراً من الشيوخ المعرضين للعراقيل الرئوية بعد التخدير . كل هذا لا نجهله غير ان التخدير القطني مفضل كل التفضيل في من كانت رئاتهم ضعيفة ، في المصابين بالزكامات القصبية المزمنة وانتفاخ الرئة والمسلولين وهذا امر لا يستطاع انكاره .

٣ ــ سكون الامعاء في اثناء التخدير وخلو الحوض لا ينكر الجراحون الفائدة التي يجنونها من هدوء الامعاء والاحشاء في اجراء عملياتهم على البطن ولا الانزعاج الذي يلاقونه متى كان المريض يتنفس تنفساً مرتجاً فيدفع احشاءه لدى كل تنفس الى ساحة العملية او متى اعترته اقياء فازعج بحركة احشائه الجراح واضطره الى الانقطاع موقتاً عن عمله فكل هذا لا اثر له مطلقاً في التخدير القطني الذي يخدر هذه الاحشاء ويسكنها سكوناً يهوّن على الجراح عمله وفي هذا ما فيه من نجاح العمل الجراحي وتخفيف معدل الموت . ومن لم ير الصعوبة التي يلاقيها الجراح في قطع سرطان الامعاء الغليظة والقطع البطني العجاني في سرطانات المستقيم وعمليات الفتوق السرية الكبيرة وقطع المعدة في السرطان وغيرها من العمليات التي تستدعي سكون الاحشاء لا يستطيع ان يقدر فائدة هذا التخدير قدرها .

لسنا ننكر ان مصراع فوركيلس الذي يضبط الامعاء قد ادى الى الجراحة خدمة جليلة غير انه لا يكفي ونحن نرى ان التخدير القطني يقوم بما لا يقوم به هذا المصراع .

٤ الاستغناء عن الشخص المخدر : وهذه حسنة يقدرها قدرها الجراح الذي

يجدنفسه وحيداً ازاء مريضه الذي تضطر حالته توسطا جراحيا سريعا لسنا ننكر انهذه الحسنة تزول في المستشفيات حيث يكثر الاطباء والمعاونون والمخدرون ولكنها تبرز في القرى والاماكن البعيدة حيث لا يجد الجراح من يمد اليه يد المساعدة ·

٥ — بقاء الرشد في اثنا التخدير : لعل البعض يقولون ان بقاء الرشد محذور وليس بحسنة مع ان الامر ليس كذلك فكم من مرة يقرر الجراح امراً ويتفق على اجرائه مع مريضه واذا به في اثناء العمل الجراحي يرى ما يضطره الى تبديل خطته والاستغناء عن عضو كان يظن ان المحافظة عليه ممكنة فاذا كان الشخص مخدراً تخديراً عاماً وكان هو دون سواه المرجع الذي يرجع اليه في تقرير هذا الامر ارتبك الجراح ووقع في مأزق حرج فاذا سار بعمليته حسب ما اتفق عليه مع مريضه قبل التخدير خاف تبكيت الضمير والخيبة فبقاء الرشد يزيل هذا المحذور

٦ سهولة الاعتناءات التالية للعمليات : وهذا ما تجهر به جميع الممرضات وما يتحققه الجراحون انفسهم فان المخدر تخديرا قطنيا لا يحتاج الى اعتناء جديد يختلف عما كان عليه قبل العملية الجراحية · وجل ما يستدعيه ان يراقب بوله وغائطه حتى اذا لم يبل او يتبرز قثتر أو حقن بحقنةشرجية وهو يتمكن بعد التخدير من شرب الماء جرعات صغيرة فيعيض بهعن الماء الذي فقده جسده الامر الذي لا يجوز صنعه في التخديرات العامة

• • • •

هذه هي المحاذير في كفة والحسنات في كفة اخرى وهذا احصاوءنا الذي يتناول ١٥١٥ مخدرا خال من جميع العوارض المزعجة والطوارىء التي ينسبها البعض الى التخدير القطني فليكن القارىء حكماً وليستنتج بعد التدقيق والتبحر نتيجة يتبعها فاما اقبال واما إدبار اما نحن فاننا ولا نزال من دعاة هذا التخدير لاننا لم نجن منه الا الفوائد لمرضانا والراحة لنا ·



الصداع وانواعه ومعالجته

للدكتور كامل سليمان الخوري · (بروكلين — نيو يورك)

الصداع عرضٌ من الاعراض الكثيرة الحصول ، وهــو يصحب اغلب العلل ان لم اقل كلها ، ولذا فقد استنسبتُ انشاء هذا المقال علّ منه فائــدة للقراء الكرام ونبعض الزملاء المحترمين :

قد كان الأساة سابقاً يفصدون كل من شكا صداعاً بقطــع النظر عن منشأه وسببه ، ومعلوم ان الفصد يولي المصدوع راحةً على كل حال ·

بيد انه لا يسوغ للطبيب فصد كل من شكا ألماً في رأسه كما كان يفعـل القدماء ، بل يجب عليه البحث اولاً عن سبب العلة ثم المبادرة الى العلاج الـلازم ·

فاذا كان المصدوع محموماً يُكتفى بتنظيف جوفه ووضعه على الحمية المائية اذ يجوز ان يكون السبب تعفناً معدياً او نشأة حمى تيفية واذا لم يكن المصدوع محموماً ، ظنّ بصداعٍ انسمامي : كسوء هضم او تسممٍ بحامض الكربون او تقصير كلوي ·

واذا كان العليل يسهب و يطنب لك في الحديث و يشرح ببلاغةٍ وفصاحة اعراض علته ، فافتكر بالخور (neurasthénie) او بالسويداء · وعلى كل فــلا مندوحة لك عن ان تراجع بفكرك مجموع الاسباب التي من عادتهــا ان تسبب الصداع · وقد ثبت ان سببه الأعظم قائم بتهييج صريح او انعكاسيّ قد نشأ من

نهايات عصب الزوج الخامس اي المثلث التوائم (trifacial) ·

وهذا التهيج يبدو في التعفنات والتسممات والضغط والعلل العصبية ، والعوارض الانسكابيـة · فالتعفن المعوي يعرف بارتفـاع ميزان الحرارة ، ولا يسهى عن البال وجوب قياس حرارة كل مريض يشكو وجـع رأسه · اذ كثيراً ما يشاهد في الصيف حصول ذَرَب مصحوب بوجع رأس ، فيكفي اذ ذاك تطهير الجوف بثلاثين غم من زيت الخروع والاكثار من شرب الماء ومنقوع الشاي ·

واذا كان الطحال ضخماً ، وكان المريض يرعف من انفـه ، وجب التحفظ في الانذار لامكان كون الحادثة تيفية · واذا أتت النوب الحمية متقطعة وكان يتقدمها نافض وجب توجيه الفكر الى البرداء (الملاريا) وكثيراً ما يتفق ان يرافق الصداع حوادث التدرن الحاد الخفيف ، ويفيد اذ ذاك وضع المنفطات على النقرة · ويعالج الصداع الذي يرافق الحـدار العضلي الحاد بصفصافات الصوده نحو ستة غرامات في اليوم ، وبالحمام البارد اذا مـا خيف من الحـدار الدماغي · اما الصداع الذي يرافق نشأة النزلة الوافدة فيكافح بالانتيبرين بجرعة نصف غم في برشانة واحدة او برشانتين ، ثم تعطى ملاح الكينين في الايام التابعة ، اذ ان الاكثار من الانتيبرين قـد يقلل افراز البول او يوقفه ·

هذا وقد لا يكون التعفن حمياً كما يرى ذلك في الزهري ، فيعوّل اذ ذاك على المعالجة النوعية ، واذا ابطأت هذه بفعلها جاز الفصد او البزل القطني ، وهذا الاخير يقال الضغط الناشئ من تراكم السائل المرضي · امـا الصداع الانسمامي فيكون ناشئاً من سبب داخلي او خارجي ، فالأول يشاهد في

النقرسيين والمصابين بآفات كلوية ومعدية · فصداع النقرسيين يشبه صداع الشقيقة ، واحسن الطرق في مثل هذه الاحوال هي الاقتصار على الحمية النباتية مساءً ، والحمية المختلطة عند الظهر مع الامتناع عن الاشربة الروحية والسكر والقهوة والشوكولاتا ، والشاي والمعجنات ، والاكثار من استعمال المشروبات الحارة واعتياد المشي سيراً على الاقدام مدة نصف ساعة صباحاً على الريق ، ونصف ساعة عند المساء ، ويشرب بعد كل مرة قدح ماء فيتل « Vittel» ، ومما يساعد ايضاً اخذ ملء ملعقة قهوة على الريق من كبريتاة الصودا في كأس ماء فيشي ·

فاذا ما صار الاستمرار على هذه الحمية التي مرّ وصفها لا يبقى من لزوم للاستفراغات الدموية · ويشاهد الصداع الناشئ من أصل كلوي في التهابات الكليتين الحادة والمزمنة · ولمعرفة الاولى يساعد ظهور الاحين (البومين) وانتفاخ الوجه ، ويعتمد في المعالجة على الفصد والاستفراغات الدموية على محاذاة الكليتين مع الحمية اللبنية المائية · وقد جرّب بعضهم فصع الكلية (décapsulasion du rein) ولكن لم يحصل منه كبير فائدة ·

اما صداع التهاب الكليتين المزمن فقد يجرّ الى ارتباكات واغلاط فادحة ، اذ ان شحوب الوجه وصفرته تحمل الطبيب الى حسبان المرضى فقراء الدم فيأمرهم باتباع حمية مقوية من امراق اللحوم ، ولا يخفى ما ينشأ من مثل هذه المعالجة من المصائب الكبرى · فالمصابون بفقر الدم يكونون ضعفاء ويعتريهم الدوار ولا يشكون صداعاً الا عندما يصابون بانسمام معوي او بوهنٍ عصبي ، وجملة القول ان معالجة الصداعات بمستحضرات الحديد لا تخلو من الاخطار ·

واحسن معالجة في العلل الكلوية هي الحمية على اللبن والماء أو الحمية اللبنيــة النباتية واعطاء الثيوبرومين « théobromine » ، واذا تحقق ان في القلب عدواً (bruit de galop) يحسن استعمال الديجتالين « عشر مليغرام مدة عشرة ايام» ثم قطعها خمسة ايام ليعاد استعمالها ثانياً .

اما الصداع الهضمي فهو نتيجة انسمام ذاتي او تعب عصبي وهو يشاهد في احوال عسر الهضم وخصوصاً في اعتقال البطن . بيد ان البعض قــد يصابون بالقبض بدون ان يعروهم صداع ، بينا ان البعض الاخرين حالما تعتقل معاهم يصابون به . وهناك عدد من الاشخاص يتغوّطون كل يوم ولكن ليس تغوطاً كافياً ، اذ ان جدر امعائهم تلبث مكسوّة طبقة كثيفة من المواد البرازيــة التي لا تخرج . ولمكافحة مثل هذه الحالة الكثيرة الحصول في التورسيين يوءمر بجرعة عشرين غراماً من زيت الخروع ، ثم يثابر على اخذ الحبات الاتي تركيبها:

مسحوق عرق الذهب . ٠،٠١—٠،٠٢ سنتنم
صابون طبي كك

لحبة واحدة تصنع مائة مثلها وتوءخذ منها حبة كل ساعة مدة ثلاثة ايام باعتبار اثنتي عشرة الى ست عشرة حبة في الساعات الاربع والعشرين .

وقد تمس الحاجة الى اعادة ما ذكر ثانية بعــد بضعة ايام . ويحكم بان الامعاء قد انفرغت من العلامات الاتية : اولاً : من صوت قرع البطن الواضح او المتساوي في كل نقطة . ثانيا: من نظافة اللسان المطلقة. ثالثا : من عدم نتانـة الغائط . وقد يتفق احيانا ان الصداع يزداد بعد اخذ المسهل الاول ، وسبب ذلك انحلال بعض متعفنات المعي ودخولهـا للدوران الدموي ، فمن ثمّ يجب

تكرار المسهل بعد ثمان واربعين ساعة ، ويوءثر في مثل هـذه الاحوال استعمال زيت الخروع او حبوب الصبر .

اما الصداع الانسمامي الخارجي فهو الناشيء من سوء التهوية او من استنشاق حامض الكربون او تجرع المسكرات .

فلمعالجة النوع الاول تهوّى الغرف جيداً لطرد الحامض الكربوني المتراكم فيها من جراء الازدحام او من خلل طارئ على وسائل التهوية ، فقد اتفق ان نفرا من الأساة وهموا في رد حوادث صداع الى اصلها ، واضطروا الى اجراء عمليات جراحية في مرضاهم ، حال كون الصداع مسبباً من عدم ضبط التدفئة . اما الصداع المعدني فيشاهد بدون وجود آحين في البول ، واحسن علاج لمقاومته هو استعمال برومور البوتاسيوم بجرعة اربعة غم في اليوم ، اللهم ان تحصل المبادرة الى ازالة السبب اي ترك المهنة التي تستعمل فيها ملاح الرصاص و يعطى الحليب و يودور البوتاسيوم بجرع صغيرة مع المسهلات لمساعدة خروج المادة السامة من البدن .

وقد اشار بعضهم باستعمال الحقن الجلدية من الماء المغلى ، انما تجب مراقبة التوتر الشرياني عن كثب ، والتنقيب عن صوت العدو في القلب ، فـلا يبقى ريب اذ ذاك بان الصداع الاسربي هو كلوي المنشاء .

اما الصداع الناتج من الضغط فكثير الحصول في الاحتقانات الالتهابيـة والاورام والنزف والخراجات . ففي الاحتقان الدماغي يحمد الفصد والحمية ، اما فيما بقي فتستدعي الحالة الالتجاء الى البزل القطني على ان يكون توتر السائل الدماغي الشوكي مزداداً . انما ملافاة لحدوث العوارض يجب دائماً اجراء هـذا

البزل والعليل مستلق على جنبه ، بينما يكون الرأس على وضع منحدر · وهذا البزل القطني كبير الفائدة في حوادث التهاب السحايا ، ويكرّر عادة مرة كل يومين او ثلاثة ايام ويستعمل للعليل مغاطس سخنة درجتها ٣٧° او ٣٨° مئوية مدة عشرين دقيقة ، يكرر المغطس ثلاث الى اربع مرار في النهار · وقد صار الاطباء اليوم يلجأون الى البزل القطني في نزف السحايا لما رأوا من الفوائد في تخفيفه للصداع الشديد الذي يرافق ذلك ولا يبرحنّ عن البال ان الصداع يرافق عللاً كثيرة عصبية كعلة ضخامة الغدة الدرقية والصرع على انواعه وتعدد مسبباته والهرع (الهستيريا) والخور والسوداء [1] الخ · وبالطبع فالعلاج في مثل هذه الاحوال يوجه بالأخص الى سبب العلة الاصلي ·

وهناك صداع يسمى انعكاسياً مثل الصداع الذي يرافق علل العين الالتهابية ، كالتهاب القزحية ، والتهاب المشيمية ، والداء الازرق وعلل انكسار النور ·

وكثير من حوادث الصداع التي كانوا يعزونها الى النمو تدخل ضمن هذا المجموع ، وكثيرون من قصار النظر يشعرون بصداع غب المطالعة لا يزول الا باستعمال العدسيات الموافقة للعلة · وهناك مجموع ثانٍ من صداع النمو يدخل ايضاً ضمن انواع الصداع النقرسية ، وللتخلص من هذا العرض يقتضي اتباع الحمية اللبنية بتدقيق ، مع الرياضة وعدم إجهاد العقل بضعة اسابيع ·

اما الصداع الذي يرافق علل الانف والاذنين فلا يزول الا بالتخلص من العلل المسببة حادةً كانت او مزمنة ، ومثله الصداع الذي يرافق الامراض

---

(١) ويسمى ايضاً داء المراق « hypochondrie »

الحوضية فهو لا يزول الا بانتظام الطمث ·

اما الأدوية والعقاقير التي يكثر منها بعض الأساة في مكافحة الصداع كالأنتيبرين والاكزالجين والفناستين صرفاً او مع مركبات اخرى ، فالاولى الاقلال منها لانها سيئة المغبة وخصوصا اذا كان الصداع عرضا اوليا لعلة عفنية كالتيفية او علة كلوية ، ولذا فيجدر بالطبيب ان يدقق بفحص عليله قبل ان يكتب له الوصفة · نتج اذاً مما مر بسطه في هذا المقال ان الصداع عرض يرافق عللا كثيرة مختلفة ، فاذاً قبلما تصف لعليلك هذه الواسطة او ذلك العقار يتوجب عليك فحص جسمه بدقة وترو زائدين ، اذ ان التدقيق في الفحص يعود بالفائدة على المداوي والمداوى ويكشف اموراً غامضة ، قد تلبث مجهولة وتأتي باضرار جمة للعليل والطبيب اذا أهمل التدقيق بالاستقصاء والاستنطاق والتمعن

فحص الجهاز التناسلي بالليبيودول واشعة رونتجن

«٣»

للدكتور ابرهيم الساطي استاذ امراض النساء وفن التوليد

فحص الاورام الليفية تشخص الاورام الليفية عادة بالفحص السريري وحده ولكن كثيراً ما تلتبس باكياس المبيض وامتلاآت النفير والاشكال المختلفة لالتهابات الملحقات والحمل والقيلة خلف الرحم .

اما تمييزها عن الحمل فيزداد وضوحا كلما ازدادت ايام الحمل وينجلي التشخيص نحو منتصف الحمل بالشعور بالعلائم اليقينية وبروءية عظام الجنين ايضا بالاشعة .

واذا كانت الحادثة ورما ليفيا يبين الفحص بالأشعة ان جوف الرحم متسع وغير منتظم وقد يكون الجوف صغيراً اذا استقرت النوى الورمية تحت الغشاء المخاطي او كان نموها متجها الى الجوف او متى استقرت في مناطق مختلفة من برنشيم الرحم . وقد يكون التمييز عسيراً حتى اننا نلتجيء في مثل هذه الحادثات الى معالجة التجربة نعني بها الاشعة الكهربية او فتح البطن الاستقصائي

واذا نما الورم في جهة واحدة من الرحم يضخم الجدار ويكبر الجوف ويكون خياله الاشعاعي مميزاً بوجود بارزة تهب الخيال شكلا هلاليا وجوفا رحميا متسعا واذا استقر الورم بعيدا عن جوف الرحم كان الجوف متسعا اتساعا

مناسبا لحجم الورم بدون بروز نحو الجوف. يتبين مما تقدم ان تصوير الورم الليفي يبدي لنا علامات بيانية وهي اتساع جوف الرحم وعدم انتظامه الا متى كانت النوى مزدوجة او تحت الخلب فيكون اتساع جوف الرحم حينئذ طبيعيا او اصغر ولا بدّ في هذه الحالة من التروي قبل الجزم بنوع الآفة ريثما يتضح التشخيص بمساعدة الطرق الاخرى واذا كان الورم كيساً في المبيض بقيت ابعاد جوف الرحم طبيعية الا ان الرحم تنحرف ويزداد انحرافها متى استقر الكيس في ملء الرباط العريض. وهذه العلامة نعني بها شدة الانحراف لمن علامات اكياس الرباط العريض البيانية واذا تبين بالاشعاع ان النفير منسد والرحم منحرفة استنتج ان الورم نفيري كيسي واذا تبين ان النفير ممتلىء بالليبيودول امتلاء مختلف الدرجات ولم يمر الليبيودول الى الخلب استدل ان النفير منسدٌّ ايضا واذا مرّ الى الخلب بسهولة كانت قناة النفير طبيعية. تساعد هذه الطريقة الجراح في كثير من حالات النزوف الرحمية ولا سيما متى نجمت هذه النزوف من كتل مشيمية او اورام فان التصوير بالليبيودول يفصح عن مكان الورم وشكله وحجمه ودرجة نموه ويرشد الجراح الى المكان الذي يجب توجيه المجرفة اليه اثناء الكشط بهذه الآلة او متى رغب في قطع خزعة (biopsie) للفحص النسيجي. ومتى كان عقم بدُد الفحص بالليبيودول ارتباك الطبيب المارس وبين له قناة النفير وشكلها وسعتها ودرجة انفتاحها وهذه الطريقة تفضل كما قلنا طريقة النفخ بالغاز لانها تبين النفير المسدود ودرجة الانسداد ومكانه وامكان اصلاحه بالطرق العملية التي لا يمكن الجزم بنجاحها وتقرير اجرائها او ارجاء العملية لوقت آخر الا بهذه الطريقة غير انه يشترط كي تكون نتيجة الفحص حقيقية ان يحقن بالمادة الكثيفة

بضغط ثابت وكاف ودرجة الضغط المسلم بها اليوم هي ٣٠٠ ملمتر اي ٣سنتمتراً من الضغط النسيمي (٧٦°) وان يحكم وضع مسبار المحقنة في العنق لئلا ينصب الليبيودول من جوانبه الى الخارج ويرتأي بعض المؤلفين باستعمال ضغط أخف غير ان الضغط المعادل لثلاثين سنتمتراً من الزئبق لا محاذير له البتة . ويجب مع ذلك الوقوف عند هذا الحد لان تجاوزه ولو قليلاً يدفع الليبيودول الى ملء ملحمة (برنشيم) الرحم والعروق البلغمية والدموية ويشق النفير المنسد .

فاذا روعيت هذه الشروط يستدل ان النفير أو النفيرين منفتحان برؤية بقع الليبيودول واضحة بالأشعة واذا كان النفير منسداً لا يظهر رسم النفير لان الليبيودول لا يدخله بل يصل حتى مكان الانسداد فقط ويقع هذا قريباً من القطعة الخلالية للنفير فلا يرتسم النفير ابداً كما تقدم او يكون عند الصيوان او عند اتصاله بجسم النفير فيتسع النفير بالمادة المحقون بها حينئذٍ غير انها لا تمرّ الى الخلب .

يستنتج مما تقدم وكما ذكرنا سابقاً ان فحص الطريق التناسلي وآفاته اصبح بفضل التتبعات العلمية ولا سيما بفضل طريقة المعاينـــة بالليبيودول والأشعة غنياً بالطرق الاستقصائية على ألاَّ يكون مضاد للاستطباب يمنع استعماله وان يراقب الضغط بالمحظربة ولا يتجاوز ٣٠ سنتمتراً ولا بد لنا من اعادة القول قبل انهاء هذا البحث بان المعلومات المجتناة من هذه الطريقة لا يصح ان تكون وحدها مدار الحكم القطعي بل انها كسائر الطرق الاستقصائية الحيوية الطبيعية قد تدل دلالة قاطعة او قد ترجح الظن بمرض وفي كلتا الحالتين لا يجوز للطبيب ان يحكم حكماً جازماً بالحادثة التي يراد تعيين حقيقتها الا متى اتفقت الطرق الاستقصائية الاخرى مع هذه الطريقة

ضخامة الموثة

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

لم يقبل حتى الان على استئصال الورم الغدي من الموثة (البروستاة) كثير من المصابين به مع ان هذا المرض كثير الشيوع في هذه البلاد كما في البلاد الاخرى ومع ان هذا الاستئصال يعيد الى تلك الاجساد النحيلة الشائخة القوة والنشاط ، نظرة واحدة نلقيها على اولئك الموثيين قبل اجراء عمليتهم وهم منهكون هازلون مضعفون ونظرة ثانية نرمقهم بها بعد بضعة اشهر تمرّ على اجراء الاستئصال كافية لتحقق ذلك الانقلاب الكبير الذي طرأ عليهم وذلك التحسن الغريب الذي لم يكونوا ينتظرونه ·

واقول الورم الغدي لان الاعمال التي قام بها مستشفى نكر اثبتت ان هذه الضخامة تصيب الغدد تحت المخاط وتحت العنق وحول الاحليل الخلفي فليس هو اذن ورماً موثياً بل ورماً يدفع الى المحيط الموثة الضامرة في مسكنها · وهذه هي فكرة ماريون ايضاً غير ان شافسو لا يقبلها على علاتها · لانه رأى ان عناصر الغدة جميعها تضخم ·

ومهما يكن الامر فان الضخامة غدية نامية نحو المثانة فوق الارتفاع الجبلي وبها نعلل استطالة الاحليل · ويستقر هذا الورم تحت المخاط ويستبطن المصرة

وتحيط به محفظة وهو يستأصل اليوم بالاصبع .

وهذه الضخامة درجات منذ الضخامة الكبيرة البيانية التي تبرز في الشرج وتنتأ في المثانة حتى الورم الصغير العنقي الذي ينمو على موثة ضامرة ولا يظهر الا بالتنظر المثاني او الاحليلي (cystoscopie ou urethroscopie) . هذه هي الحالة التي شاهدناها في مريض اتى المستشفى مصاباً بأسر مزمن وتوسع مثاني كبير ونحن ننتظر صفاء بوله وخفة البولة في دمه لنجري له العملية اللازمة وقد كان قبل ان نخزع مثانته يستوفز ويضغط بيديه جدار بطنه المسترخي ضغطاً شديداً ثم يفتله فتلاً عنيفاً كما تفتل قطعة من القماش مبللة كل هذا لكي يفرغ بعض ما في مثانته من البول . وكان يتوصل بعمله هذا الى التغلب على اللولب العائق فيفرغ من مثانته زهاء ٢٠٠ — ٣٠٠ غم ويبقى فيها ما لا يقل عن لتر .

ولم نجد شيئاً بالمس الشرجي ولم نشاهد علامات تثبت السهام (tabès) وقد شككنا في رتج مثاني واسع :

واظهر لنا التنظر المثاني لسيناً على حافة العنق الخلفية واثبت لنا هذا الامر المس المباشر الذي اجريناه بعد ان خزعنا المثانة . وهذا اللسان كان شبيهاً باللولب الذي كان يغلق المثانة كلما امتلأت بالبول .

ويدخل هذا المريض في زمرة الموثيين (prostatiques) الذين لم تضخم موثتهم او في الفئة التي يسميها ماريون ضخامة العنق غير ان فئة ماريون تكون التبدلات التي تطرأ على نسج العنق فيها ولادية وتبدو التشوشات في الشاب بين ٢٥ ٣٠ سنة من عمره وتزداد كلما تقدمت سنه .

والعنق هو ما يصاب كان الورم غدياً حول الاحليل او ضخامة في الموثة

او ضخامة ولادية في العنق . وهذه الافات الثلاث تشفى باستئصال العنق مع العناصر الضخمة . ولكن لماذا ينتظر المرضى نوبة أسر حادة او انحطاط بنيتهم العامة الشديد او الدنف البولي التالي لنوب الاسر المزمن حتى يأتوا ، بعد ان تكون قواهم قد وهنت ودفاعهم قد نقص وانحط ، يسألوننا العناية بهم ؟ فهل لم ينصح لهم احد يا ترى قبل ذلك الحين بان التوسط الجراحي يبعد عنهم هذه الحالة المزعجة ؟ ام انهم يخافون وهن وظيفتهم التناسلية؟ ام انهم يخشون هذه العملية التي يقال لهم عنها انها خطرة حتى انهم يفضلون المرض وعراقيله على التوسط الجراحي ؟

اما الامر الاول فاني اجهله لان هوءلاء المرضى قلما يأتون الينا في بدء مرضهم ولكنهم يأتون الينا في النهاية بعد ان يكونوا قد صرفوا سنوات وهم يتنقلون من طبيب الى آخر فاذا ما نصح لهم احد هولاء الزملاء بالتوسط الجراحي اصغوا الى من يحذرهم منه وعملوا بارشاداته .

واما الامر الثاني فقد كان يحدث حينما كانت تستأصل الموثة جميعها بالطريق العجاني لان الموثة جميعها كانت تستخرج ولان الاعصاب كانت تقطع والارتفاع الجبلي كان يخرب والقناتين الدافقتين كانتا تقطعان ووظيفة التناسل كانت تضمحل .

اما اليوم فتجتنب عملية فريه (Freyer) الجهاز التناسلي والارتفاع الجبلي وتبقى الموثة في مسكنها ولا ينال القناتين الدافقتين التوسط الجراحي فالوظيفة التناسلية اذن تظل محفوظة ولكن اذا انحطت قوى المبضوع التناسلية بعض الانحطاط بعد العملية بعض الاحيان فان المصاب في معظم الحالات يبقى كما كان

قبلها ان لم يزدد نشاطاً ٠

اما خطر العمليــة فيتعلق بالسن وبتحضير المريض وبطرز الاجراء وبالاعتناءات التالية لها٠ ولا تخلو هذه العملية كسائر العمليات الاخرى من الخطر ولا من وقوع بعض الوفيات فيها ولها استطبابات ومضادات للاستطباب

لا يجوز بضع المرضى الطاعنين في السن ولا المصابين بآفات قلبية رئويــة لا تعاوض فيها ولا من كانت كلاهم سريعة العطب ولا المرتفعــة حرارتهم والعملية واجب اجراوءها في جميع الموثيين الذين يستعملون المسبار ٠ اما الوفيات فتعادل ٥ ٠/٠ بين ٧ ٧٥ سنة وخمسين /٠ بعد الثمانين وجميع الذين ينجون من العملية يشفون ٠

ويشترط في ذلك ان يجري العملية جراحون خبيرون بامراض جهاز البول قد اعتادوا استئصال الموثة واتقنوا صنعها ٠

ولكن مِمَّ يموت المستأصلة موثاتهم ؟ أمن التأسر (urémie) او التعفن او النزف ٠

فتحضير المريض اذن أمر واجب ومعرفة حالة كليتيه ضرورية فلا يجوز ان يبضع مريض قبل ان تنخفض درجة تأسره (azotémie) الى ما تحت ٠،٧٥ وقبل ان تعود فيه مرتبة امبار ورقم انطراح الفانوسلفون فتالئين ملائمين ٠

وتحضير المثانة وتطهيرها واجبان ايضاً ومعاينة البول الجرثومية كذلك فلا يجوز بضع مريض قبل ان تزول المكورات العقدية من بوله اذا كانت فيه ٠

وجرح استئصال الموثة هو من الجروح العفنة التي يمرّ تعفنها للدم ويحدث آفات رئوية تخل بموازنة الكليتين هذا اذا لم يضعفهما التعفن نفسه ٠ ويجب

تحري زمن النزف (٣ دقائق) والتخثر (٦ دقائق) واعطاء الادويـة المخثرة ٤ غرامات كلورور الكلسيوم في اليوم ثلاثة ايام قبل العملية ·

ولا يجوز استعماله اكثر من ثلاثة ايام والا تجاوزنا الغاية من استعماله وبلغنا الدور المضاد للتخثر ·

واجراء العملية في زمنين افضل لان هذا يجزء الخطر ويمكن المريض من من تحمل عمليته : فخزع المثانة اولا واستئصال الموثة ثانيا ·

ويثابر في الزمن الذي يفصل احدى العمليتين عن الثانيـة على تحضير المريض فخزع المثانة يخفض هذا المذخر ويكافح التفعن البولي ويسقط الحرارة ويحذف الضغط المثاني الذي كان يخل بوظيفة الكلية ويخفف التأسر ويحسن الحالة العامة · ويجب فتح المثانة عالياً ما امكن على بعد قيراطين من وصل العانة لان جرح المثانة يسرع في الشفاء كلما علا ولان توسيع الجرح المقبل لادخال الاصبعين واستئصال الموثة يجب ان يتم من العالي الى الاسفل وليس من الاسفل الى العالي خوفاً من ثقب الخلب فاذا كان وطياً منعنا وصل العانة عن توسيعـه ويستطاع خزع المثانة بالتخدير الموضعي ·

ويبدأ حيئنذ بغسل المثانة والاقتصار على التغذية النباتية الخالية من الكلورور من شهر الى ستة اشهر · واذا كان البول عكراً وقيحياً تسوف العملية ريثما يصفو وصفوة القول لا تستأصل الموثة قبل ان تتحسن الحالات الموضعية والكلوية والعامة تحسناً محسوساً · وكثيراً ما يشعر المرضى بتحسن حالتهم ويكتفون بها فيتركون المستشفى ومسبارهم في مثانتهم ويغربون عن اعيننا غير منتظرين الزمن الثاني من العملية ·

اما المخدر في الزمن الثاني فله الاهمية الكبرى لان الواجب يقضي علينا باختيار مخدر لا يسيء الى الكبد ولا الى الكليتين · يستعمل لاغو الاثير ومار يون التخدير القطني وشافسو كلورور الاثيل في قناع كاموس فحبابة فيها ٣سم[٣] منه تخدر المريض ثلاث دقائق فاذا احتيج الى اكثر من ذلك كسرت حبابة ثانية اما نحن فنستعمل التخدير القطني (٣٠ و٠ سنتغم من الستوفئين) ولم نصادف النزوف المتأخرة التي ينسبها البعض اليه

بعد ان توسع فوهة الجرح المثاني بالمبضع حتى يستطاع امرار اصبعين اي زهاء سنتمترين ونصف السنتمتر تدخل سبابة اليد اليسرى في الشرج وتدفع الورم الى امام السبابة والوسطى اليمناوين المدخلتين في المثانة فيخترق الغشاء المخاطي عند العنق ومتى بلغت الاصبع خط التفريق بدأت به من اليمين الى اليسار او من اليسار الى اليمين بين الورم الغدي والمحفظة المبطنة بنسيج الموثة المدفوع · فينفصل الورم ولا يظل معلقاً في النهاية الا بالاحليل الذي يجب قطعه بالظفر على ان يقتصد في قطعه ما امكن · ثم يستخرج الورم بعد ان يكون قد اقتلع وهو مؤلف في الغالب من ثلاثة اقسام : بروز متوسط عند العنق وفص ايمن وفص ايسر · فاما ان يستطاع اخراج الورم من الشق المثاني الصغير قطعة واحدة او ان يقطع اجزاءً قبل استخراجه وكثيراً ما يلجأ الى المنقاش في ذلك ·

ومتى استخرج الورم وظهرت مكانه حفرة فبعض الجراحين يدكونها والدك مؤلم والبعض الاخر لا يدك مطلقاً ومنهم من يخيط · والاطباء الاميركان يدكون الجيب بجوجلة مطاط يستطاع تخفيف الهواء فيها اما نحن فندك بالشاش والاصبع لا تزال في الشرج ثم نضع انبوب ماريون الثخين ونفرغ المثانة من

العلقات الدموية بالغسل الغزير ·

اما الاعتناآت التي تعقب العملية فاننا نجريها طبقاً لطريقة لاغو : ففي اليوم الاول لا نصنع شيئاً وفي اليوم الثاني نغسل المثانة بالمـاء الاوكسيجيني ونخرج قسماً من الفتيلة ونقطعه · وفي الايام التالية نضع انابيب اصغر فاصغر في المثانة لكي يضيق الجرح ونمكنه من الاندمال وننزع الفتيلة جميعها في اليوم الثالث أو الخامس بحسب الحالات · وينزع المسبار في اليوم العاشر. واما مسبار الاحليل فيستغنى عنه متى لم يعد الجوف نازفاً ·

يتم انغلاق الجرح الخثلي عادة في اليوم الخامس عشر أو العشرين ويستطيع المريض متى لم تطرأ عليه عراقيل ان يترك المستشفى في اليوم العشرين او الخامس والعشرين · غير انه يظل محتاجاً الى الغسل زهاء شهر ·

ولكن ما هي النتائج ؟ حينما كانت تستأصل الموثة بطريق العجان كانت تتلف مصرة الاحليل فكان يعتري المريض بعض السلس المزعج · غير ان هذا المحذور قد زال بتاتاً بعد الطريق الجديد وتمكن هوءلاء المرضى المصابون بالاطام (dysurie) من البول بدون جهد والذين كانت مثاناتهم لا تنفرغ انفراغاً تاماً اصبحوا قادرين على افراغها وكلاهم استعادت وظيفتها الطبيعية واما الحالة العامة فيطرأ عليها من التحسن ما يعجب فان هوءلاء المرضى الذين كانوا مسممين تسمماً مزمناً وقد شاخوا شيخوخـة مبتسرة ووهنت قوى اجسادهم وعقولهم وهناً فائقاً يستعيدون قواهم ويبدو على وجوههم مسحة من الفتوة وفي عقولهم قبس من الذكاء فكل هذا يدعونا الى التبكير في استئصال الموثة لانـه العملية المفضلة · واما اذا لم يرضَ بها المريض او اذا كان فيه ما يمنع التوسط الجراحي

فالقثترة هي علاجه مع ما فيها من اخطار التعفن والطرق الكاذبة ·

واذا تركت الضخامة وشأنها فانها تقود الانسان يبطوء الى الموت المحتم بما يطرأ عليها من العراقيل فالوفيات في من يتركون بدون توسط جراحي يفوق معدلها وفيات التوسط الجراحي ·

غير ان الحياة ممكنة مع بقاء الضخامة والتوصل الى إبالة المريض بـدون مسبار ولا توسط جراحي ممكن في بعض الحالات ·

الموثيون هم اناس محتقنة موثاتهم والعرض الاول الذي يعتريهم هو عرض احتقان الموثة الذي ينم عنه تعدد البيلات ولا سيما في الليل لان الحركة في النهار تسرع الدوران فعلى المريض اذن ان يتحاشى جميع الاسباب المسببة لاحتقان الحوض ومراعاة قواعد الصحة تؤخر العراقيل · فالتغذية الموافقة اولاً ونعني بها الانقطاع عن الاشربة الروحية والتوابل والنوم ثانياً ونعني به ألاّ يطيل المريض النوم في فراشه وألاّ يطيل الجلوس وألا يكثر من المشي وان يتنزه عشرين دقيقة مساء قبل النوم · والتغوط ثالثاً ونعني به اجتناب القبض والبيلة رابعاً ونعني بها ألا يتأخر مطلقاً عن البول متى شعر بالحاجة اليه والخ وافضل شيء في مكافحة الاحتقان الماء الحار فاستعمال حقن شرجية صغيرة مقدارها ١٢٥ غم من الماء الحار بالدرجة ٤٠ د والمريض مستلقٍ على ظهره مكررة حسبما تقضي الحاجة تحسن حالة الموثيين وتمكنهم من المعيشة سنوات على الرغم من ضخامة غدتهم · واذا لم تنجع الحقن الشرجية الصغيرة يلجأ الى مغاطس المقعد او المغاطس العامة الحارة وتتحسن حالة البعض بتمسيد الموثة تمسيداً لطيفاً وبالاستحرار (diathermie)

الذي يفعل بحرارته ولكن متى اصبح المسبار ضرورياً يجب اقناع المريض بقبول العملية ·

تختصر المعالجة اذن بالماء الحار او العملية الجراحية و بالمسبار اذا لم يكن التوسط الجراحي مستطاعاً ·

ولنذكر دائماً ان التشوشات التي تطرأ على الكيلية تسير وتشوشات المثانة جنبا الى جنب وانه لا بد من مجيء زمن تسوء به الحالة العامة فيعود انذار التوسط الجراحي وخيما هذا اذا لم يقم مانع يمنع هذا التوسط ·

ومتى بلغت الضخامة حدها فكانت عائقاً لا تستطاع زحزحته تمكنت الوسائط الملطفة من تأخير الموت المحتم ردحا من الزمن دون ان تعود كافية لصده ·



خطاب فخامة رئيس الوزراء في حفلة توزيع الشهادات

ان لنظام التطور والتقدم في الامم ايها السادة مقاييس اوشك العلم الحديث باصوله المنطقية ان يجعلها راهنة صحيحة رغم انها نسبية لا تظهر واضحة الا اذا قوبلت بسواها ولعل اثبت هذه المقاييس اليوم برهانا على تقدم الامة وادلها على نهضتها تلك الفئة التي تخرجها معاهد العلم للبلاد في كل عام مسلحة بكل ما يحتاج اليه من يدعى لخوض معركة الحياة في هذا العصر عصر العلم والقوة

لقد جاءت نهضتنا العلمية الجديدة متأخرة ايها السادة . ولذلك ما كادت تقاس بمقاييس التدرج النسبية حتى ظهر ان امامها من المراحل الشاقة الطويلة ما يحتاج الى اكثر ما يمكن من العزيمة والجهد على اننا لم نجزع او نترك لليأس مجالاً لأنفسنا بل سرنا بعملنا مع ما يتطلبه نظام النشوء والارتقاء وها نحن نجتمع اليوم كما اجتمعنا من قبل مبتهجين بمقدار ما اجتزناه من هذه المراحل فنقيسه بأصح مقاييس النهضات واصدقها اي بهذه الفئة من الشباب المتعلم خريجي جامعتنا السورية الفتية التي لم يأتِ على نشأتها بضع سنين حتى جرت مجرى الجامعات الكبرى فاصبحت تعد انا عدة صالحة شاملة بفوائدها الكثيرين من ابناء لبنان وفلسطين ومصر والعراق وليس من المبالغة في شيء اذا قلنا انها ستصبح في يوم من الايام غرساً نامياً تجني ثمره بلاد العرب كلها . وهي لن تبرح في تدرجها صعداً نأمل ان نلحق بها في الآتي فرعاً للهندسة بعد ان

انشأنا في العام الماضي مدرسة الادب العليا ونرجو ان نوفق قريباً لتأسيس شعب معهد الحقوق الاضافية الاولى منها للادارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي ولان نضع في القريب العاجل ايضاً الحجر الاول لدار التوليد التي ستضاف الى شعب معهد الطب ومستشفاه كما ألمع الى ذلك عميد الجامعة المحترم في خطابه ·

ان هذه النتيجة الباهرة في هذه المدة القصيرة مما يدعو للاعجاب والتفاخر لكن يجب ان لا نكون من الادعاء على جانب ننسى معه شيئاً من الحقيقة التي يجب ان تعلن · ان هذه المسافة التي نبتهج اليوم بانا قطعناها قصيرة بالنسبة لما نطمح اليه ونطويه في نفوسنا من كبير الاماني ويعزينا على ذلك ان التطور التدريجي هو اصح التطورات وامتنها وان في هذه المرحلة التي قطعناها حتى اليوم الشيء الكثير مما يشجعنا على متابعة السير بكل ما يتطلبه السير في الطريق الوعر من نشاط وهمة وثبات

ان هذه الفئة الجديدة من الشباب المتعلم والتي نستقبلها اليوم ما هي اذا اضيفت الى ما تقدمها من فئات الا طلائع تنبيء بما سيكون للامة السورية العربية في الآتي من شأن ، ودليل واضح على ان روح الحياة العلمية لا يطول عليها الأمد حتى تعيد لهذه الامة سيرتها الاولى ومجدها الغابر المندثر · واراني سعيداً جداً بان اهنيء هذه الفئة ومن تقدمها على ما احرزته من نجاح شاكراً لعميد الجامعة ورؤساء المعاهد واساتذتها اعمالهم وجهودهم وفقنا الله جميعاً الى ما فيه خير الوطن وصلاحه ·

خطاب الدكتور حسني سبح

اولاني معالي عميد الجامعة السورية المحترم شرف التكلم في هذه الحفلة بصفة كوني اقدم خريجي المعهد الطبي العربي فرأيت في سرد التطورات التي طرأت على المعهد منذ افتتاحه حتى الان فائدة وذكرى ·

انشيء معهد الطب في دمشق منذ سبع وعشرين سنة وكانت لغة التدريس فيه اللغة التركية وظل سائراً سيره التدريجي نحو الترقي حتى نشبت الحرب العامة واغلقت ابوابه وانفرط عقد تلامذته وكنت منهم ثم أقفلت الحكومة العثمانية معهد الطب الفرنسي في بيروت ونقلت معهد دمشق اليه فعاد التلامذة الى تلقي الدروس فيه غير ان الهدنة وقعت قبل ان يتمم معظم التلامذة دروسهم ودخل الحلفاء سورية فتذرع طلاب الصف الخامس وكنت من عدادهم بجميع الوسائط لافتتاح المعهد ثانية فتم لهم ذلك في كانون الثاني سنة ١٩١٩ ودعي المعهد منذ ذاك الحين معهد الطب العربي ·

وانتخب له اساتذة من خيرة الاطباء وابدلت لغة التدريس التركية باللغة العربية فاتممت السنة الاخيرة فيه ونلت شهادتي سنة ١٩١٩ ولما كان قد مر علي حتى الان احدى عشرة سنة وكان المعهد في هذا الوقت القصير قد تطور تطوراً كبيراً رغبت في ان ارسم لكم حالة المعهد في ذلك الوقت وحالته الان واقابل بينهما تاركاً الحكم لكم سادتي ·

افتتح المعهد وفي مخابره من الادوات ما لا يفي بالمطلوب ادوات قديمة اكل

الدهر عليها وشرب وقاعات للعمل رثة تذكرنا بما كان عليه الطب منـذ نصف قرن ولم يكن في المعهد اذ ذاك سوى مخبر فن الجراثيم الناقص المعدات اما بقيـة المخابر من فيزيولوجيا وتشريح مرضي وكيمياء وطبيعة وتاريخ طبيعي فلم يكن فيها سوى بضع آلات قديمة لا تفي بالحاجة وسلمت دفة اموره الى معالي عميد الجامعة الحالي الاستاذ رضا سعيد بك فبذل جهوداً لا توصف واخذ على عاتقه تنظيم شوءونـه فلاقى من الحكومات التي توالت على اريكة الحكم ومن الدولة المنتدبة تنشيطاً ومساعدة وتدرج المعهد في سلم الرقي حتى وصـل الى الحالة التي ترونها به الان فلندر الطرف بما تم في هذه الحقبة من التجدد ولننظر الى المخابر فنرى قاعات فسيحة ملأى بالادوات الحديثة ولنبدأ تجوالنا في تكية السلطان فنرى شعبة طب الاسنان التي اسست سنة ١٩٢٢ وقد جهزت احـدث تجهيز وعلى بضع خطى منها مخبر علمي الحيوانات والنباتات الذي احدث وفيه عدد عديد من المجاهر حتى ان لكل تلميذ مجهره الخاص ومعاهد الطب التي يتوفر فيهـا هذا الامر قليلة جداً والاستاذ الذي يقوم بتدريس هذين العلمين من خيرة الاساتذة اختص بهما في باريس بعد ان قضى فيها اربع سنوات مكباً على التحصيل والى جانب هذا المخبر مخبر الكيمياء الذي يتمرن فيه التلامذة احسن تمرين ويلاقون فيه احدث الالات والادوات ويتلو هذا المخبر مخبر الطبيعة الذي تم تجهيزه من مدة وجيزة بما يلزم من الالات والادوات الكهربية الحديثة ·

فتحت قباب تكية السلطان سليمان الاثرية الناطقة بمجد الاجـداد قامت تلك المخابر الحديثة باعثة في شبيبتنا روح الاقدام والعمل لاستعادة مجد دمشق الطبي الذي اشتهرت به في غابر الايام ·

ولنترك الان تكية السلطان سليمان ولندخل المستشفى العام وهو احد اثار المغفور له ناظم باشا فنجد فيه على الرغم من صغره جميع فروع الطب والجراحة وشعب الاختصاص كامراض العيون والاذن والحنجرة وامراض الجلد والامراض الزهرية والولادة وامراض النساء نظمت قاعاته على الطرق الفنية الحديثة وشعبة الجراحة فيه مفخرة من مفاخر المعهد الطبي العربي فقد نظمت بهمة اساتذته تنظيما حديثاً حتى فاقت مثيلاتها في سورية . وفي المستشفى مخبر اشعة رونتجن الذي تم تجديده سنة ١٩٢٦ وقد انشىء في هذه السنة مخبر للكهرباء الطبية وجهز بأحدث الالات واضيف اليه آلة تخطيط القلب الكهربائي (électrocardiographe) ولعلها الاولى من نوعها في سوريا . وخلف المستشفى بناء آخر فيه مخبر الفيزيولوجيا وصيدلية المستشفى التي توزع العلاج مجاناً على الفقراء وفوقه غرف فسيحة خصصت لمنامة التلميذات القوابل والممرضات

وعلى ذكر الممرضات ارى من الواجب ان اشيد بذكر الممرضات الفرنسيات اللواتي اسند اليهن تنظيم المستشفى وتدريب ممرضاته فقد بذلن جهوداً تذكر وقمن بالتنظيم خير قيام حتى اصبح المستشفى في هذه السنة غيره في السنين الماضية ويتلو هذا البناء مخبر الجراثيم ودار التشريح وكلاهما مجهزان بأحدث الادوات .

لنترك هذه الابنية القديمة ولنأت الى هذا البناء الذي نتفيأ ظله ولندع جانباً جمال بنائه ورحابة هذا المدرج الفسيح وغرفه المعدة للادارة التي تشغل طبقته السفلى ولنصعد الى طبقته العليا حيث المخابر فنرى فيها مخبر التشريح المرضي الذي تم تجهيزه بأحدث المعدات العلمية منذ بضع سنوات وفي نية

معالي العميد احداث مخبر جديد يخصص للكيمياء والجراثيم وعلم الحياة يسد به فراغاً تشعر به مدينة دمشق العظيمة والغايــة من تأسيس هذا المخبر هو درس الامراض المحلية درساً علمياً وتمرين تلاميذ الطب حتى يتسنى للطبيب ان يقدم بنفسه على اجراء جميع الفحوص التي يحتاج اليها اذا ما وجد في الاقضية النائية ·

تلك لمحة اجمالية عما تم للمعهد من التجديد ويقى عليّ ان ابحث في امرين خطيرين وهما امر اللغة وبرنامج التدريس ·

اما اللغة العربية فقد خدمها المعهد اجل خدمة بعد ان كانت في بــدء افتتاحه ركيكة وكانت مصطلحاتها الطبية والعلمية مشوهة مغلوطة لا تنطبق على قواعد لغة الضاد وقد حدثني احد التلامذة انطبيباً كلف اذ ذاك بتدريس احد العلوم فكان اذا اراد التكلم باللغة الفصحى يدعو الارانب بالقرانب اما الان اذا أجلتم الطرف في خزانة المعهد فترون مــا انتجته قرائح الاساتذة من كتب صيغت بلغــة صحيحة فصحى واذا قلبتم مجلة المعهــد الطبي العربي التي انشئت سنة ١٩٢٠ لتكون رسول العلم بين اساتذة المعهد وتلاميذه القدماء تحققتم ان اللغة العلمية خطت خطوة بعيدة وذلك بجهود رئيس تحرير المجلة الاستاذ مرشد خاطر بك عضو المجمع العلمي العربي الذي يــدأب ليلاً نهاراً في وضع المصطلحات الطبية ونحت الالفاظ الفنية وقد خطت المجلة فـي السنتين الاخيرتين خطوة كبيرة حتى ان جرائد الغرب ومجلاته قــد اثبتت اراء معهد دمشق واتخذتها حجة في بعض ابحاثها عن امراض البلاد الحارة والمجلة تنقل الى لغة الضاد ايضاً المستحدثات الطبية والابحاث العلمية ·

واما منهاج التدريس فقد تبدل عن ذي قبل تبدلاً عظيماً سارت المدرسة

في بدء تكونها على منهاج الحكومة العثمانية ولما رأت بعد مضي سنتين ان هـذا المنهاج لم يعد يفي بالطلب ولت وجهها شطر الغرب واعتمدت على المنهاج الفرنسي الذي يعد بحق من خيرة المناهج فاتخذته برنامجاً لها ٠

سادتي : يقول المثل الفرنسي من لا يتقدم يتأخر فالمحافظة على الحالة الثابتة لا تعد محافظة بل هي التقهقر بعينـه لاحظ المعهد هذا الامر فسار دائماً الى الامام ٠

وقبـل ان انهي الكلام اسمحوا لي ان ازف الى خريجي المعهدين أخلص التهاني متمنياً لهم حياة سعيدة ومستقبلاً زاهراً وان اخص خريجي معهد الطب تلاميذنا في الامس وزملاءنا اليوم ببعض النصائح ٠

ايها الزملاء : انهيتم دروسكم الطبية بعد ان صرفتم في المعهـد ست سنين نلتم الاجازة وخرجتم الى ميدان العمل انكم تخطئون اذا ظننتم انكم انهيتم التحصيل واغلقتم باب الدرس كلا ثم كلا انكم قد انهيتم تحصيلكم في هـذه المدرسة وبدأتم الدرس في مدرسة ثانية اعني بها مدرسة العالم انكم تذكرون ولا شك ما كنتم تلاقونه من المصاعب في اجتياز الفحوص كل سنة وامامكم الان فحوص اخرى ليست كل سنة بل كل يوم وكل ساعة وليس الفاحص استاذكم بل المريض الذي يأتيكم مستشفياً وستدوم هذه المدرسة ما دامت الحياة والخطى الواسعة التي يرغب كل واحد منكم ان يخطوها تكون بما اعده لها من عدة وما هذه العدة الا بامرين الاخلاق الحميدة والعلم الصحيح وقـد قدمت الاخلاق على العلم لان العلم لا يجدي الطبيب نفعاً اذا كان خلواً من الاخلاق غير متحل بالفضيلة فعليكم اولاً ان تتمسكوا بالفضيلة وتتحلوا بالاخلاق الحميـدة وتجعلوا

نصب عيونكم خدمة الانسانيــة المتألمة بدون تفريق بين الشعوب والاديان لا تكونوا ماديين ولا تسعوا الى المادة بل دعوا المادة تسعى اليكم ساعدوا الفقير جهد طاقتكم ارفقوا بالضعيف ولا تردوا طلب بائس كونوا لينين متواضعين كريمي النفس مع المحافظة على عزتها ان لمهنتكم الشريفة كرامة فحافظوا عليها ولا تحطوا من قدرهــا احترموا من تقدمكم في مهنة الطب واعطفوا على من بعدكم ٠ واما العلم فهو رأس المال الذي ستقدمون على استثماره فبقدر ما تذخرون من العلم تفيدون وتستفيدون ٠

يخيل للمنتهي من المدرسة انه تعلم كل شيء هذا خطأ فالمعهــد الذي تخرجتم منه يهديكم سواء السبيل والعالم هو الذي يسدد خطواتكم تعلمتم في الاول العلم وستتعلمون في الثاني ممارسة العمل انكم تعلمتم ولا شك الشيء الكثير فاذا لم تثابروا على التعلم جفت معارفكم ونضب معين علمكم عليكم بالاختصاص فهو سر النجاح انبذوا الكبرياء جانبــاً ولا تأنفوا من السؤال والاستفادة بل عدوا انفسكم دائما تلامذة واسألوا من كان اوسع منكم علما واعلموا ان فوق كل ذي علم عليم وقل ربي زدني علماً ٠

تذكروا دائما قول ريكور المشهور انني عرفت القرحة الافرنجية لما شاهدت عشر قرحات وبعد ان رأيت منها مائة قلت معرفتي بها واما الان بعد ان شاهدت منها عشرة الاف فلم اعد اعرف عنها شيئا وما قاله هذا العالم ايها الاخوان يصح تطبيقه على معظم الامراض فنوبة الملاريا التي لا يتاخر احد العامة عن تشخيصها كم نرى صعوبة في تشخيصها احيانا تشخيصا جازما وعلى ذلك فقيسوا اذكر مرة ايها الاخوان انني لما كنت ادرس على المرحوم الاستاذ فيدال في باريز كان في

قاعة المستشفى مريض مضى على وجوده فيها عشرة ايام وقداجريت له الفحوص اللازمة من سريرية ومخبرية وقدم اخيراً للاستاذ ليلقي عنه محاضرته فتلا الطبيب الخارجي (اكسترن) المشاهدة وعقبه الطبيب الداخلي (انترن) مبدياً ملاحظته ثم رئيس السريريات ولما اتى دور الاستاذ فحص المريض وتمعن بالفحوص المجراة وكانت النتيجة بعد ذلك كله ان وضع تشخيصاً محتملاً ولم يتمكن من الجزم وطلب ان يبقى المريض تحت المشاهدة مدة اخرى حتى يتسنى له وضع التشخيص الاكيد. فتأملوا ايها السادة في هذا الحادث واعتبروا. ان الاستاذ فيدال مع عظم اطلاعه وكبير شهرته العالمية لم يجرأ بعد تلك الفحوص المجراة في مستشفى كوشن على التلفظ بالتشخيص الاكيد وكأني به اراد ان يلقي درساً ادبياً على تلاميذه وسامعيه من اطباء الامم المختلفة الذين يحجون اليه بانه لا عار على الطبيب اذا لم يعرف مرض مريضه بل العار كل العار ان يخبط خبط عشواء في التشخيص فيقول بوجود المرض دون ان يكون على يقين من ذلك.

ان معهدكم الطبي الذي تودعونه الآن ايها الزملاء هذا المعهد الذي ثقفكم ست سنين لا يتأخر عن تغذيتكم بالعلم فالجأوا اليه في الصعوبات التي تعترضكم واعتصموا بحبله.

وان سيره المطرد في هذه الخطى الواسعة الى الرقي يجعل الأمل به وطيداً بانه سيعيد لدمشق غابر مجدها الطبي وانه سيكون عند قول الشاعر.

واذا رأيت من الهلال نموهُ ايقنت ان سيكون بدرا كاملا

خطاب الاستاذ السيد حامد ناجي

قبل عام مضى وجهت ادارة جامعة قرطبة الاسبانية دعوة الى مدينة دمشق لارسال وفد يمثلها في الحفلة الكبرى التي ستقام لمرور الف عام على تأسيس اول جامعة عربية في الغرب .

الف عام فقط ايها السادة مضت على قيام اسلافنا بتأسيس جامعة عربية هدفها الأسمى نشر العلم والثقافة في تلك الربوع و بين جميع من يفد اليها من مختلف الممالك والاقطار حيث يرتشفون العلم من منهل واحد رغم تعدد نحلهم واديانهم فكانت بذلك قبلة المتعلمين ، كما كانت قرطبة نفسها ملجأ المضطهدين . فهل استطاعت هذه الحقب المديدة ان تقدمنا خطوة واحدة الى الامام ؟ .

كنت اخشى يا سادتي ان اجيب نفسي سلباً لو لا وقوفي امام حضراتكم في هذه الردهة الفخمة حيث توزع شهادات خريجي الجامعة السورية شقيقة جامعة قرطبة العربية رغم ما بينهما من كر الايام ومر الدهور اما الان وقد استثمرت هذه البذرة الطيبة التي غرستها ايدٍ لا سبيل لنكران جميلها وتعهدتها هذه النخبة الصالحة من ابناء سورية ونبغاء رجالها بالتهذيب والاصلاح ، فاستطيع ان اصرح وقلبي مفعم بالأمل اننا لن نرجع على اعقابنا بعد ان قطعنا هذا الشوط الاكبر في حياتنا العلمية بل سوف نصل الى هدفنا ما دمنا سائرين في هذه الطريق . طريق العلم الصحيح والتربية القومية .

سادتي !

للجامعات في تاريخ الامم الراقية موقع ممتاز مملوء بالمفاخر الوطنية . وقد اصبحت في عصرنا هذا من اكبر العوامل التي تستند اليها الامم في تأييد قوميتها ونشر ثقافتها .

ومن احق من الجامعات بهذه المكانة السامية ؟ وهي التي تخرج نوابغ الرجال ذوي الاثر البارز في تاريخ بلادهم والمكان الاول في سبيل نهضتها .

وجامعتنا يا سادتي رغم حداثة عهدها قامت نحو سورية ، وبلاد العرب عامة بشطر كبير من هذه الواجبات ولم يزل القائمون بادارتها دائبين ليلاً نهاراً يحدوهم الاخلاص والوفاء للوطن وناشئته على رفع شأنها وانزالها المنزلة اللائقة بها كجامعة عربية لها من تاريخ العرب وحضارتهم معين لا ينضب تستمد منه القوه والنشاط

وكما نشأت الجامعة السورية نشأ المعهد الحقوقي وهو احد فروعها متدرجاً في سلم الرقي عاماً بعد عام مراعياً في سبيل ارتقائه حاجة البلاد ورغبة اهلها مقتبساً ما صلح من نظم الغرب وقوانينه ، حتى اصبح بحق يضاهي اكبر المعاهد الراقية ، يضم اساتذة هم انبغ الرجال وانضج الادمغة المفكرة ومفخرة من مفاخر العروبة .

ولقد تطور المعهد الحقوقي في الاعوام الاخيرة تطوراً فجائياً كان له الاثر المحمود والصدى المستحسن في جميع انحـاء الوطن السوري فبينما كانت اكثر الدروس تملى على الطلاب املاءً فيضيع الوقت سدى دون ان يتمكن الاستاذ من شرح بعض النظريات وحل غوامضها ، وقـد يضطره ضيق الوقت لان يوجز بحثه ويختصر موضوعه فتفوت الفائدة المتوخاة اصبح اليوم لكل درس كتاب يجمع شتات الموضوع من جميع نواحيه بلغة عربية صحيحة فتكونت مجموعة نفيسة

من الكتب العربية وسدت ثلمة كبرى في بناء اللغة الفصحى · واثبتت لنا ان لغة الضاد خلاف ما يدعيه البعض هي لغة علم وفن لا يضيق صدرها عن مدنية القرن العشرين وما بها من مخترعات وافكار · ولقد تناول هذا التطور شروط الانتساب الى المعهد ايضاً فاصبح القائمون بادارته يتطلبون من مريدي الانتساب اليه ما تتطلبه المعاهد الراقية وطريقة الفحص التي كانت متبعة منذ تأسيسه قد تحورت في هذه السنة وزيد عليها فحص تحريري لبعض مواد الدراسة كما اختصرت المدد بين الفحوص الى اصغر حد ممكن اسوة بمعاهد الغرب وبغية حث الطلاب على الدراسة اثناء السنة لما بها من الفوائد الجلى في تثبيت المعلومات في ادمغة الدارسين ومساعدتهم على هضمها دون تعب وعناء وهكذا نرى المعهد الحقوقي يا سادتي يسير في جميع نواحيه من حسن الى احسن واضعاً نصب عينيه نشر الثقافة العربية في البلاد السورية والاقطار العربية عامة مع اكمال ماينقصها من الثقافة الغربية حاملاً على عاتقه هذا العبء الثقيل الذي طالما حملته دمشق في غابرها ولم تزل قائمة به في حاضرها وهي قلب الشرق العربي الخفاق ودماغه المفكر ·

والان لا بد قبل ان ابرح مكاني هذا من كلمة شكر اتقدم بها باسمي واسم جميع رفاقي لمعالي رئيسنا المحبوب واساتذتنا الافاضل على ما بذلوه من جهد وتحملوه من عناء في سبيل ارشادنا وتنمية عقولنا وسنبقى ما حيينا حافظين لهم هذا الجميل مقدرين تلك الجهود الطيبة لا زالوا للامة هداة وللناشئة مرشدين وأتقدم بشكري الخالص ايضا لفخامة رئيس مجلس الوزارة ولمعالي وزرائه الكرام على ما بذلوه من المساعدات القيمة في سبيل ترقية معهدنا العربي راجياً له اطراد الرقي والنجاح في ظل رئيسه واساتذته الافاضل ·

خطاب الدكتور هاشم الجندي

اقف الان في هذا الموقف المهيب خافق اللب جائش النفس وافر الأسى والاسف وقفة مودع قدّر عليه بعدها الانفصال عن ام رؤوف طالما غذتني بلبانها حتى بلغت اقصى ما اتمنى واعني بها المعهد الطبي

أجل انني سأنفصل انا ورفقائي طلاب الطب والصيدلة والقبالة الذين احرزوا الشهادة في هذه السنة عن هـذه الأم ونتقدم للحياة العملية ونخوض غمارها بقلوب لا يخامرها الوجل ولا يدانيها التردد والحيرة بقلوب ملوءها الجرأة والشجاعة لان هذا المعهد الذي سنفارقه بعد اليوم كان ولا يزال ولن يزال ان شاء الله يعد لهذه الامة من ابنائها المسلحين بسلاح العلم الصحيح المزودين بالخبرة الكافية والتجربة الحقة رجالاً ستقيم على سواعدهم اسس مجدها الحاضر وتجدد ما أخلق الدهر من مجدها الغابر ولم يألُ جهداً في تذليل كل عقبة تحول بين المتخرجين فيه وبين الاطلاع على دقائق العلم وغوامضه والأشراف على اخر ما اهتدى اليه العقل البشري في العصر الحاضر من المخترعات والمكتشفات حتى اصبح الطالب لا يجد في سبيله ما يعوقه عن الامعان والتعمق في تشخيص الداء والمسارعة الى تخفيف الالام التي كانت تأنُّ الانسانية من شدة وطأتها ٠

تعلمون ايها السادة ان الحرب العالمية غيّرت كثيراً من نظريات الطب القديمة وفسحت للباحثين مجالاً واسعاً في التقصي والاستقراء وان هذا المعهد الجليل سلك اخر طريق هدى اليها البحث وارشد اليها الاكتشاف حتى

استطاع في عهد قليل ان يقطع شوطاً بعيداً في التقدم والرقي وانصع برهان على صحة هذا ما ترون من النجاح الباهر في الشعب الداخلية والجراحة والصيدلة والاسنان وفن التوليد ٠

ولا ار يد ان اسهب في الاطراء والثناء حتى لا يسبق الى الوهم اني اميل الى المبالغة والغلو ٠

واذا كان الاعتراف بالجميل من الجميل والجهر بالحق من الحق فلا يسعنا ان ننكر ما لعمدة الجامعة السورية من الايادي البيضاء على هـذا المعهد وعلى المتخرجين منه بل على الامة جمعاء ولا سيما عميـد الجامعة السورية الاستاذ رضا بك سعيد واساتذة المعهد الطبي الاجلاء فقد بذلوا الجهود واستفرغوا كل مجهود في ترقية هذا المعهد الوحيد وتجهيزه بكل ما يحتاج اليه من المعدات والعدد والنهوض به الى مصاف المعاهد الراقية في الامم الحية الى غير ذلك من ضروب العنايـة التي تخلد لهم اجمل الذكريات في نفوس ابناء هذه الامـة وتسطر لهم اطيب الاحدوثة في تاريخ نهضتها الحديثة ٠

سادتي واساتذتي الاجلاء

اذا كان قدر لنا ان نضرب في العلم بسهم وافر وان نخطو في الاطلاع على اسراره وغوامضه خطى واسعة فانما يرجع الفضل في ذلك الى مـا بذلتموه من المساعي المشكورة والجهود المتواصلة وليس ما نحمله في صدورنا اليوم الا ثمرة غرستم بايديكم شجرتها ثم تعهدتموها بالتهذيب ورويتموها بالاخلاص حتى اخضل عودها وطاب جناها ٠ ولسنا بعد اليوم الا مرآة تمثل صور الفضيلة التي نقشتموها في نفوسنا وتعكس اشعة النور الذي وجهتموه الينا وصدىً يردد اصوات الاخلاص

التي كانت تقذف بها ضمائركم الحرة الى اعماق نفوسنا وان جماً غفيراً من الاطباء الذين تخرجوا من هذا المعهد وانتشروا في الاقطار من العراق الى الحجاز الى اليمن الى مصر لنشر الثقافة التي تلقوها فيه يعترفون لكم بالجميل مثانا ويرتلون آيات الشكر والثناء وان ننس فلا ننسى ما لقيناه من رجال دمشق الكرام وابنائها البررة مدة اقامتنـــا بين ظهرانيهم من كرم الحفاوة وجميل الولاء سواء أكان ذلك في المعهد ام في غيره واننا لنحفظ لهم في قلوبنا هـــذا الصنيع الجميل ونودعهم وداع ابناء قضت عليهم الاقدار ان يفارقوا اخوانهم الاوفياء ونتمنى ان يعود لهذه المدنية الزاهرة مجدها السالف ورونقها الغابر حتى تصبح كما كانت منهلاً لرواد العلم ومبعثاً للنور والهدى فتخرج للعالم من اعلام العلم في الشرق امثال الرازي وابن سينا وابي القاسم وابن زهر وجابر الكوفي وغيرهم من الفطاحل الذين لم يكونوا مفخرة للشرق فقط بل كانوا ولا يزالون مفخرة للعالم اجمع ومصابيح يهتدي بهم الحاضر والمستقبل كما اهتدى بهم الماضي ونتمنى للمعاهد العلمية عامة والمعهد الطبي خاصة تقدماً مطرداً ونجاحاً مستمراً حتى يأوي اليـــه طلاب العلم الصحيح من كل حدب وصوب وتنبثق اشعة النور منه فيستضيء بها القاصي والداني انه القدير المجيب ٠

صناعة حمض الليمون

« ٢ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الاولى . — اشباع العصارة وفصل الليموناة : تجرى هذه العملية على الحرارة في محافد خشبية تدعى المشبعات (saturateurs) مبطنة بالرصاص ذات ساعد لتحريك السائل وانابيب بخارية لتسخينه ويجعل على غطائها المستوي فحماة الكلسيوم . اما عصارة الليمون فتساق الى المشبعة بآلة تدعى مصعد العصارة (monte-jus) ذات الهواء المضغوط . ويضاف الى العصارة المعروضة للعملية ، من الماء قدر حجمها او من غسالة العصارة من عملية سابقة [1] بما يساوي ثلاثة امثال حجمها . ثم تسخن المشبعة بتيار من البخار المائي حتى +٦٠° وعند ما تبلغ الحرارة الدرجة المطلوبة يباشر الاشباع وذلك ان يلقى فيها بمكنسة صغيرة من فحماة الكلسيوم الموضوعة على غطاء المشبعة شيئاً فشيئاً وتجعل الكميات الملقاة اقل من الاول كلما قرب الاشباع من الانتهاء . ويتحتم استبقاء قليل من الحموضة تسهيلاً لغسل الليموناة .

ويستحسن في هذه العملية الاّ تصل الحرارة الى درجة الغليان ولا ان

(١) هذه الغسالة تدعى العصارة الثانوية (petit-jus)

يلقى كثير من الفحماة دفعة واحدة لئلا يفور السائل لانطلاق غاز حمض الفحم من التفاعل الكيماوي · واذا لم يمكن اتقاء الفوران لقصر جدران المشبعة يفثأ الزبد بنضح قليل من الماء على السائل ·

يعرف بلوغ الاشباع الحد المطلوب باحدى طريقتين الاولى : طريقة المخبر بمعايرة شيء من السائل بالمقياس القلوي ويجب ان لا تقل درجة الحموضة عن ٢ — ١٫٥ غم من حمض الليمون بالليتر · والثانية : طريقة التجربة وهي ان يؤخذ نموذج من السائل ويوضع في قدح ويضاف اليه قبصة من فحماة الكلسيوم ويحرك بملعقة خشبية ويجعل الزبد على جانب من جدران القدح وينظر الى السائل فاذا شوهدت فقاعات غازية تنطفىء على سطح السائل وفي منتصفه تماماً يستدل على ان الاشباع لم يتم بعد فيستأنف القاء فحماة الكلسيوم حتى لا يرى فوران في نموذج جديد يعالج على الصورة الآنفة الذكر

ولما ينتهي الاشباع يضاف قليل من الماء تسهيلاً لترسيب الليموناة ويغلى السائل خمس دقائق يقطع البخار عند ختامها · ويصب على المرشحات (وهي صناديق مضاعفة القعر) السائل من خلال النسيج المرشح وتنشر ليموناة الكلسيوم على سطح النسيج المرشح طبقةً منتظمة بثخن ٢٥ سنتمتراً وتغسل بالماء الغالي عشر مرات حتى يبيض لونها تقريباً وتصبح الغسالة بلون ابيض الى الصفرة [١] ·

عند ذلك تجعل الليموناة كومةً على سطح الصندوق وتترك لينضب ماؤها

(١) الغسل التام يستدعي ثماني ساعات لكل صندوق اذا كانت عملية الاشباع قد اجريت بانتظام ودقة · والا فلا يتم الغسل قبل اثنتي عشرة ساعة ·

تماماً فتنقل الى اناء لتعرض على عملية التحليل ·

وتضاف الغسالات الى الرشاحات اولاً وتساق بمصعد العصارة (monte-jus) الى مشبعة لتعالج بالكلس حتى الاشباع التام ثم تصب في الصندوق المرشح الخاص بها وترشح · والليموناة الراسبة تضاف الى الاولى والرشاحات تصب على الحثالة ·

وقد يتوصل في بعض الحالات الى فصل غسالة الليموناة واستعمالها في تمديد عصير الليمون · ولذلك لا يشبع بالكلس من الغسالات الا الراشح الاول وعندما يتم ذلك يترك لنفسه ساعتين ثم يؤخذ عنه الماء الرائق ليضاف الى الحثالة · واما ليموناة الكلسيوم الراسبة المحتوية على كثير من فحماة الكلسيوم فانها تمزج في مشبعة عصارة الليمون مع فحماة الكلسيوم المهيأة لعملية اشباع العصارة ·

ومما تجب الاشارة اليه في عملية الاشباع هو استعمال فحماة او كلس حي خالص من الشوائب ما امكن خصوصاً من المانيزيوم وحمض الفصفور والألومين والحديد ليكون الضياع من حمض الليمون في الحد الاصغر ·

لاشباع الف كيلو غرام أو ٨٠٠ لتر من العصارة الكثيفة المحتوية على ٣٢٠ كيلو غراماً من حمض الليمون المبلور يجب صرف الفي لتر من الماء للتمديد و ٢٥٠ - ٢٨٠ كيلوغراماً من فحماة الكلسيوم · والعملية تدوم اربع ساعات وينتج عند ختامها ١٢٠٠ كيلوغرام من ليموناة الكلسيوم الحاوية ٦٠ ٠/٠ من الماء او ٤٨٠ كيلوغراماً من الليموناة الجافة (النقية ٩٥ ٠/٠) التي تعادل ٣٢٠ كيلوغراماً من حمض الليمون ·

العملية الثانية . – تحليل ليموناة الكلسيوم : يستعمل لتحليل ليموناة الكلسيوم حمض الكبريت (بكثافة ٥٨ – ٦٠ بومه) ممدداً بنسبة خمسة اضعاف حجمه او بالغسالات الخفيفة .

ويجرى التحليل على الحرارة في اوان خشبية مبطنة بالرصاص ذات ساعد للتحريك وانابيب لجريان البخار المائي للتسخين . ولاجل ذلك يوضع في هذه الاواني مقدار كاف من الماء او من الغسالات الخفيفة (ثقله ٢ – ٤ بومه) وكمية من حمض الكبريت ، تساوي فحماة الكلسيوم المستعملة للاشباع أو ١٤٠ كيلو غراماً تقريباً لكل صندوق من ليموناة الكلسيوم الرطبة مما يعادل ٦٠ ٪ من وزن ليموناة الكلسيوم الجافة . ويدار الساعد المحرك ويمر البخار من الانابيب ولما تبلغ الحرارة ٥٥ – ٥٧ مئوية تذر ليموناة الكلسيوم على السائل الحامض شيئاً فشيئاً فيبدأ التفاعل الكيماوي ويجب ألا تزيد الحرارة عن + ٦٠ سنتغراد لئلا يتلون السائل . ولما تنفد ليموناة الكلسيوم المراد تحليلها يوءخذ من السائل نموذج وتفحص حموضته ليعلم ما اذا كان مقدار حمض الكبريت الموضوع لتحليل ليموناة الكلسيوم جميعها قد كفى ام لا . ومن الضروري ابقاء كمية ضئيلة من حمض الكبريت زائدة عن حد الاشباع التام قدر ٢ ٪ من مجموع الحموضة المقدرة بالنسبة الى حمض الليمون لتسهيل ذوبان الشوائب وتخثير حمض الليمون . ويعلم ذلك باحدى صورتين :
بالتجربة في مكان العملية . وبالمعايرة في المعتمل (laboratoire)

اولاً بالتجربة : يوءخذ انبوب تجربة بقطر ٢ – ٣ سنتمترات عليه اشارتان كل منهما بـ ٥ سم . م وبواسطة مخبار يوءخذ نموذج من السائل المراد

فحصه والموضوع في الاناء ويرشح منه ٥ سم٠م في الانبوب ثم يضاف اليها ٥ سم٠ من محلول كلور الكلسيوم (بثقل ٢٧ بومه) ويسخن حتى الغليان ثم يترك لنفسه مدة ويجب ان يحصل في اسفل الانبوب ١/٤ سم٠م من راسب كبريتاة الكلسيوم ٠

فاذا لم يتكون راسب ما دل ذلك على ان حمض الكبريت لم يكفِ للتحليل وان هناك شيئاً من الليموناة لم يتحلل بعد او على ان هذه الكمية من الحمض هي الكافية لتحليل الليموناة دون زيادة فيجب ان يضاف من حمض الكبريت ٠

وعلى العكس اذا كان الراسب اكثر من ربع سم٠م وجبت اضافة كمية مناسبة من الليموناة لتعديل هذه الزيادة من الحموضة بالدرجة المطلوبة ٠

ثانياً ، المعايرة في المعتمل ٠ — ان مقدار حمض الكبريت يجب ، نظرياً ، ان يكون مساوياً لمقدار حمض الليمون (وفقاً لحساب التعادل الكيماوي) ٠ ولكن للتأكد من تمام التحلل وتسهيلاً لتحثير حمض الليمون يجب استبقاء كمية من حمض الكبريت ، في المحلول تعادل ٢ — ٣ ٠/٠ من مجموع الحموضة المنسوبة الى حمض الليمون :

$$٢ < \frac{١٠٠ \text{ حمض الكبريت}}{\text{حمض الليمون}} < ٣$$

ولحساب هذا المقدار يحضر محلولان احدهما محلول الصود لمعايرة مجموع الحموضة ، والاخر محلول كلور الباريوم لمعايرة حمض الكبريت ٠

فاما محلول الصود فيهيأ بحيث يعادل كل ١ سم٠م منه ٠٦٢ من ثاني

طرطراة البوتاسيوم الصافي · ولما كان حمض الليمون ثلاثي الاساس كان كل ١ سم · م من المحلول معادلاً :

$$\frac{٢١٠ \times ٠٫٢}{١٨٨ \times ٣}$$ = ٠٫٠٧٤٤ من حمض الليمون؛ ١٨٨ هو الوزن الذري لطرطراة البوتاسيوم الحامضة) ·

واما محلول كلور الباريوم فيهيأ بحيث يعادل كل ١ سم · م منه ٠٫٠٠٥ من حمض الكبريت (اي محلول عشر النظامي) ·

ولاجل الفحص يؤخذ من السائل الحار ٨٥ سم · م وتمدد بالماء المقطر الى ١٠٠ سم · م ويحرك المزيج ويرشح · يؤخذ من الرشاحة ١٠ سم · م وتوضع في جفنة صينية ويقطر عليها وهي بحالة الغليان من محلول الصود المعاير حتى التعادل التام دون الالتفات الى كمية الصود التي عدّلت حمض الكبريت ولنفرض انه صرف س سم · م فيكون مجموع الحموضة (منسوبة الى حمض الليمون) :

س × ٠٫٠٧٤٤ × ١٠ = ح لأجل ١٠٠ سم · م

ثم يؤخذ من الرشاحة ذاتها ٢٥ سم · م وتوضع في دورق وتغلى ويضاف اليها من محلول كلور الباريوم قطرة قطرة حتى لا يشاهد راسب ما في نموذج يؤخذ منه ويعالج بنصف سم · م من محلول كلور الباريوم · ولنفرض انه صرف ع سم · م فيكون مقدار حمض الكبريت :

$$\frac{ع \times ٠٫٠٠٥ \times ١٠٠}{٢٥}$$ = ق في ١٠٠ سم · م من النموذج

على هذا يجب ان نكون نسبة هاتين الكميتين أي :

$$\frac{١٠٠ \times ع \times ٠٫٠٠٥ \times ٤}{س \times ٠٫٠٧٤٤ \times ١٠}$$

محصورةً بين (٢) و(٣) .

لنضرب مثلاً عددياً : اذا كانت س = ٣٠و١ سم . م من محلول الصود مما يعادل :

$$٣٠و١ \times ٠٫٠٧٤٤ \times ١٠ = ٢٢٫٤$$

من حمض الليمون في المائة من المائع ،

وكانت ع = ٢٨ سم . م من محلول كلور الباريوم مما يعادل :

$$٢٨ \times ٠٫٠٠٥ \frac{١٠٠}{٢٥} = ٠٫٥٦$$

من حمض الكبريت في المائة من المائع كانت النسبة بينهما :

٢٢٫٤	٠٫٥٦
١٠٠	س

$$س = \frac{١٠٠ \times ٠٫٥٦}{٢٢٫١} = ٢٫٥٠$$

ورقم ٢٫٥ هو عدد محصور بين (٢) و(٣) .

ويمكن تسهيل الحساب بمعرفة عدد السنتمترات المكعبة المصروفة لاجل التجربتين في العيارين فقط وذلك كما يلي :

$$\frac{١٠٠(ع \times ٠٫٠٠٥ \times ٤)}{س \times ٠٫٧٤٤ \times ١٠} = \frac{ع(١٠٠ \times ٠٫٠٠٥ \times ٤)}{س(٠٫٧٤٤ \times ١٠)} = ٢٫٦٦ \frac{ع}{س}$$

ولما كانت كمية $٢٫٦٦ \frac{ع}{س}$ منحصرة بين (٢) و(٣) وجب ان تكون نسبة :

$\frac{ع}{س} = \frac{٢}{٢٫٦٦} = ٠٫٧٥$ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٢

أو $\frac{٢٫٥}{٢٫٦٦} = ٠٫٩٤$ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٢٫٥

أو $\frac{٣}{٢٫٦٦} = ١٫١٠$ لاجل زيادة من حمض الكبريت تعادل ٣

فالحساب في مثالنا السابق يصبح والحالة هذه :

س = ٣٠٫١ سم٠م

ع = ٢٨ سم٠م

$\frac{ع}{س} = \frac{٢٨}{٣٠٫١} = ٠٫٩٣$

مما يقابل لزيادة (٢٫٥ تقريباً) من حمض الكبريت في المائة من مجموع الحموضة المنسوبة الى حمض الليمون

وعند ما يتم تنظيم التحلل يصب في الاناء ٧ كيلو غرامات من الفحم الحيواني المغسول وهو بحالة عجين ، لكل الف غرام من ليموناة الكلسيوم

الرطبة ثم يضاف محلول بروسياة البوتاس الصفراء بنسبة ٣ كيلو غرامات بروسياة صفراء لكل الف كيلو غرام حمض الكبريت المصروف للتحليل . فالبروسياة تتحد باملاح الحديد التي قد تشوب حمض الكبريت وترسب بحالة فروسيانور الحديد او ازرق بروسيا .

وتترك الساعد المحرك يدور ربع ساعة اخرى ليتم التفاعل الكيماوي ثم ينقل السائل اما مباشرة او بواسطة مضخات حسب هندسة المعمل الى الصناديق المرشحة المضاعفة القعر التي تشبه صناديق الليموناة ، فينفصل السائل الذي يحتوي على حمض الليمون ، عن كبريتاة الكلسيوم . وهذه تغسل بالماء الحار حتى يصبح تفاعل الغسالات معتدلاً .

فالرشاحة (وتسمى الرشاحة الاولى) وتكون بثقل ١٥ — ١٧ بومه تنقل الى صندوق كبير مبطن بالرصاص ويضاف اليها غسالات كبريتاة الكلسيوم التي تزيد كثافتها عن ٤ بومه فيصبح السائل المزيج بثقل ١٠ — ١٢ بومه ويحتوي ١٣٠ غراماً من حمض الليمون بالمتر . فيجذب بانابيب الالات الماصة المسماة بانابيب التعبئة (tuyaux de charge) .

اما كبريتاة الكلسيوم التي تبقى فوق النسيج المرشح طبقة بسمك ١٢ سنتمتراً فتغسل بماء حار والغسالات التي تزيد كثافتها عن ٤ بومه تضاف الى الرشاحة الاولى كما قلنا والغسالات التي تكون بكثافة ٢ — ٣ بومه وتحتوي على ٣٠ غراماً من حمض الليمون بالليتر تجمع على حدة ويمددها حمض الكبريت المعدّ لتحليل ليموناة الكلسيوم .

ولما تصبح كثافة الغسالات ١° بومه تخد الكتلة بدقة تامة بملعقة خشبية

اخاديد قريب بعضها من بعض ثم يسلّف سطح الجميع لئلا تبقى هناك شقوق تفسد الغسل · والغاية من هذا التخديد تسهيل الغسل واستنزاف الراسب وتنقيص المدة اللازمة لغسل الصندوق (وهي ست ساعات تقريباً) ·

اما عدد الغسلات التي تقتضى لاستنزاف راسب كبريتاة الكلسيوم في صندوق واحد فهو عشرة على الوسط ·

وعندما تفحص الغسالة بمقياس القلوي فترى معتدلة التفاعل اي بمقدار ٠٫١ غراماً بالمائة من كبريتاه الكلسيوم الرطبة تختم عملية الغسل و يؤخذ الراسب و يضم الى البقايا الاخرى ·

ولأجل الفحص بمقياس القلوي يستعمل محلول البوتاس خمس النظامي و يجرى الفحص على ٠٠ غرامات من كبريتاة الكلسيوم ، بعد تمديدها بشيء من الماء الغلي فيجب ألا تتجاوز كمية حمض الليمون ٠٫٠١ لأجل ١٠ غرامات

اما ٢١٠ غرامات من حمض الليمون فتعادل :

٣ × ٥٫٦١ = ١٦٨٫٣ من البوتاس ·

وعلى هذا ينبغي ألا يصرف لاجل ٠٫٠١ سم ٠ م اكثر من

$$\frac{١٦٨ \times ٠٫٠١}{٢١٠ \times ٠٫٠١١٠٢} = ٠٫٧$$ سم ٠ م الى ٠٫٨ سم ٠ م من محلول

البوتاس خمس النظامي ·

العملية الثالثة · — التكثيف والتحثير :

السائل الذي يحتوي على حمض الليمون ذائباً والمجموع من تحلل ليموناة

الكلسيوم يكون بكثافة (١٠ بومة) كما قلنا و ينقل بانابيب آلة التبخير بالخلاء وتسمى (مبخرة évaporateur) حيث يبخر ما فيه من الماء حتى يصبح بكثافة ٢٥-٢٨ بومه ٠

ينقل هذا السائل الكثيف الى آلة اخرى ذات الخلاء تدعى (محثرة appareil à granuler) فتبلغ الكثافة ٤٥ - ٥٠ بومه فتتكون اذ ذاك حثر (وهي حبيبات حمض الليمون الدقيقة) ٠

فالكتلة المتكاثفة الى هذا الحد تصب في صناديق خاصة حيث تنفصل المياه الاصلية عن الجزء المتبلور – لاختلاف ثقل كل من هذين الجزءين — وتوضع الحثر في الآلة الفاصلة (turbine) ، لفصل الماء عنها تماماً ثم تغسل الحثر وتذاب مرة ثانية و يبالغ في تنقيتها ثم تعاد وتبلور للمرة الاخيرة فيحصل حمض الليمون التجاري ٠

اما المبخرة فلها في داخلها انبوبان حلزونيان متحدا المركز يوازيان جدران الآلة الاسطوانية وهما من الرصاص المبطن بالنحاس يمر منهما البخار المتكون في المرجل ٠

واما المحثرة فليس فيها سوى حلزون واحد مفروش حول جدران الآلة الاسطوانية وينتهي في قعرها على شكل محارة الاذن ٠

فالابخرة المنطلقة في اثناء التبخير تمر من انبوب غليظ يتصل بمكثفة (condenseur) تحدث فراغاً (خلاء) في الآلة ، ولهذه المكثفة اناء أمن يدعى (حاجز الزبد) لتوقيف ما قد ينقذف من السائل ، خارج الآلة ، اذا كان الغليان شديداً وسريعاً و كان المائع كثيراً ٠

بوضع في المبخرة من سائل حمض الليمون الذي هو بكثافة ١٤ — ١٥ بومه ويبخر تحت ضغط ٧ ٧٢ سنتمتراً من الزئبق في حرارة قدرها ٧٠ — ٧٥ درجة مئوية حتى يصبح حجمه نصف ما كان عليه ثم تملأ من جديد وتبخر حتى يصل مستوى السائل الى ما كان عليه في المرة الاولى وبهذا تكون كتلته قد انقصت ثلث حجمها الاول وتصبح بكثافة ٢٧ ٢٨ بومه مما يسهل انفصال كبريتاة الكلسيوم عن السائل الحامض فيرسب منها جزء في قعر الآلة (لذلك تنظف من حين لآخر) والجزء الآخر يجرد اما بالترشيح او الاباتة · فالرشاحة تجمع في المحثرة ·

والتبخير في المحثرة يجرى كذلك تحت ضغط ٧٠ — ٧٢ سنتمتراً من الزئبق وحرارة قدرها ٧٠ ٧٥ درجة مئوية ولكن عندما يشاهد من خلال نافذة الجهاز تكوّن الحثر في السائل تخفض الحرارة الى ٦٠° درجة مئوية وتستبقى كذلك حتى ختام العملية ·

فانخفاض الحرارة مع دوام غليان الكتلة يسهل حركتها ويسرّع تكوّن الحثر وكلما قربت العملية من الختام (٣٠ - ٤٥ دقيقه من ظهور الحثر) يشاهد تناقص في الزبد الذي يغشى سطح السائل ولما يتقدم الزبد يغلق مدخل البخار وينزع الخلاء ويصب السائل المتكثف الى درجة ٤٥ بومه في صندوق مطلي بالرصاص حيث يتم التحثير فيترك نحو ٣٦ ساعة ليبرد ·

وقد يكتفى في بعض المعامل الصغيرة ، بمحثرة واحدة ذات حلزونين تقوم بوظيفتي التبخير والتحثير معاً وتملأ خمس مرات او ست بل ثماني مرات متتابعة بحسب كثافة السائل الناتج من عملية التحلل

ان عملية التحثير عملية دقيقة تستدعي اناة وصبراً ومراقبة طوال العملية لختمها عند الحد المطلوب والا اذا جاوز الحد فان زيادة حمض الكبريت المستبقاة في عملية التحال مع كبريتاة الكلسيوم الذائبة في السائل دائماً ومع حمض الليمون الذي لم يتحثر بعد ، تكون نوعاً من سائل دبق يصعب فصله فيغشى الحثر ويمنع غسله ·

وقد تكثر الرغوة المتكونة على سطح السائل حتى انها تملأ القسم الفارغ في الآلة وتحول دون مراقبة العملية · ففي مثل هذه الحال يصب شيء من زيت الزيتون (٢٠٠ غم تقريباً) بقمع على الآلة ليفثأ الزبد ·

اما الصناديق الخاصة بتبريد الحثر فيجب ان تكون بحجم يستوعب جميع الكتلة الحاصلة من عملية واحدة (٧٠٠ كيلو غرام) ·

وفي اثناء التبرد يتكون عجين مرصوص من دقيق حمض الليمون (اي من بلوراته الدقيقة جداً) تعلوه طبقة سائل لزج هو الماء الاصلي المتكون من حمض الكبريت وكبريتاة الكلسيوم والذي ينفصل عن العجين لاختلاف ثقله عنه يان الماء الاصلي · ويقطع من العجين بملقط نحاسي كتلاً كبيرة تكدس على سطح الصندوق لينضب ماؤها · ثم ينقل هذا الحثر الى الفاصلة(turbine) المسماة المستخلصة المائية(hydro-extracteur) حيث يغسل ويجفف ·

والحثر الناتج بعد هذه العملية وهو المسمى الاول(première) يذاب في الماء ويزال لونه ويصفى ثم يبلور ·

اما الرشاحات الممددة فانها تبخر ويستحصل منها حثر اقل صفاء من الاول يسمى الثاني (seconde) ·

«للبحث صلة»

الجزء ٩ المجلد ٧

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٠ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٤٩ هـ

التهاب السحايا المصلي المحدود

حادثة خاصة شخصت وعولجت جراحياً وشفيت

للدكتور انستاس شاهين رئيس سريريات الاذن والحنجرة والانف

ان التهاب السحايا المصلي المحدود بعد ان كان سراً غامضاً اصبح بفضل تتبعات باراني (Barany) وهنري كلود (Claude) مرضاً واضح الاعراض والاسباب وبفضل الاستاذ الاول سهل المداواة

ان كلود وتلامذته في فرنسة قد اهتموا كل الاهتمام بالتهابات السحايا المصلية وزيادة الضغط القحفي الداخلي وقد قسموا الالتهابات المصلية اربعة اقسام ٠

١ — الاستسقاء الدماغي الداخلي او التهاب السيساء البطيني

٢ الاستسقاء الدماغي الخارجي او التهاب السحايا المنتشر ٠

٣ — الشكل المختلط وهو موءلف من الاستسقائين الداخلي والخارجي ٠

٤ الشكل المحدود وهو قشري وقاعدي

والحادثة التي نرويها من النوع الرابع ومن الشكل القشيري الذي ينحصر فيه بحثنا ·

يعتقد كلود ان تسمية هذا النوع من التهاب السحايا بالمصلي لا توافق كل الموافقة المسمى لان وصف الالتهاب بالمصلي يفهم منه ان الاستسقاء لا يصل ابداً الى دور التقيح مع ان الواقع ينفي هذا فقد يتقيح المكان المصاب ويظن ايضاً انه زيادة خفيفة في حجم المائع والواقع ينافي هذا ايضاً لان المائع في هذا الالتهاب كما في سائر الالتهابات يصاب بتغيرات كيماوية وحيوية فيزداد آحينه وتكثر فيه الخلايا البيضاء · ان كلود باعتراضه على هـذه التسمية مصيب كل الاصابة ولكننا نجد في بعض اشكال هـذا الالتهاب ان العرض البارز هو ازدياد الضغط بزيادة المائع في المكان المصاب فهو يفعل كجسم اجنبي ضاغط وهذا ما تحققناه في حادثتنا التي سنأتي على ذكرها · امـا التبدلات في تركيب المائع فلا اهمية كبيرة لها

ان اسباب هذا الالتهاب كثيرة فكل عامل مخرش تخريشاً بطيئاً قد يكون سبباً لهذا الداء ورضوض القحف وجروح الفروة العفنة ولا سيما آفات الاذن والانف والبلعوم الطويلة الأمد · وأهم هذه الاسباب هو التهاب الاذن المزمن · واول الحوادث التي ذكرتها المؤلفات الطبية يعود الفضل في كشفها الى اختصاصيي الاذن · فقد ظنوا في اول الامر انهم امـام خراج دماغي اومخيخي ناجم من التهاب الاذن المتقيح واذا بهم امام التهاب في السحايا متصف بصفات خاصة ·

وقد ينجم هذا الداء من التهابات السحايا الحادة التي اصابت المريض

في طفوليته وشفي منها حينذاك غير ان بعض الاعراض الدالة على فرط في ضغط م · د · ش ظلت ظاهرة

وقد تكون التسممات البطيئة بالكحول أو الرصاص سبباً في هذا المرض ولا سيما في من كانوا قد اصيبوا في طفوليتهم بآفات سحائية خفيفة ·

ويذكر كلود وانجر (Unger) ان الزهري والسل دخلاً كبيراً في احداث هذا المرض وقد ذكرا عدة حوادث كيسية منه كان السبب فيها احد هذين الدائين ·

والسحايا كسائر الاغشية المصلية حساسة جداً متى اقتربت العوامل المرضية منها وهي تتصف بالصفات ذاتها التي تتصف بها بقية الاغشية · · وتصاب بالتحولات نفسها التي تصيب تلك فتزداد فيها قوة الافراز وتقل قوة الامتصاص وتصبح مقراً للالتصاقات الكثيرة · واول عمل تعمله متى اقترب منها الجسم الضار هو التصاقها وتحديدها لساحة العمل فتشبه بقية المصليات: غشاء الجنب والخلب واغشية المفاصل وغيرها · فكما يفعل الخلب في التهاب الزائدة الدودية الخفيف الحدة باحداثه التصاقات تحدد ناحية الزائدة وتكوينه التهاباً خلبياً محدوداً هكذا تفعل السحايا متى جاورها التهاب متقيح فهي تدافع عن نفسها بالطريقة ذاتها خوفاً من تسرب العوامل الضارة فيها · وتفقد في الوقت نفسه خاصتها الامتصاصية كما يقع في غشاء الجنب متى اصيب بالتهاب الجنب المتكيس ·فيتراكم السائل في الناحية المحددة بالالتصاقات ويزيد في تراكمه عاملان الركود الوريدي المسبب من الالتصاقات والسحايا الملتهبة التي يزداد افرازها · ويرجع كلود ان العامل الهام في حصول السائل هو اختلال الدوران وان زيادة الافراز تحدث اختلالاً في التوازن فيزداد المائع في هذه الناحية

المنفصلة عن الجوف العام بالتصاقات التهابيـة ولا سيما في قناة الحدبة الجانبية فيزداد الضغط في هذه القناة وينقطع بازدياده اتصال القناة بالبطين الرابع وتصبح الضفيرة المشيمية الجانبية كمصراع (valve) يسد ثقبة لوشكا · وتستمر هذه الحالة اشهراً عديدةولا تشفى الا اذا انقطعت احد هذه الالتصاقات او نقص الضغط فتعود خاصة الامتصاص او اجري توسط جراحي ·

وتختلف اعراض هذا الداء باختلاف المنطقة المصابة ولكنهـا لا تخرج غالباً عن الاعراض الآتية : صداع شديد يشبه صداع الاورام الدماغيـة · تصلب في النقرة وهذا العرض قد ينقص في بعض الاحيان ، اقياء تشبه الاقياء في اورام الدماغ ، دوار وهذا العرض خاص بالاختلالات الدهليزية ، ركود في حليمة العصب البصري في اغلب الاحيان وهذا العرض ليس بثابت ايضاً

وتصاب الازواج القحفية بالنسبة الى المنطقة المؤوفـة : الثاني والخامس والسادس والسابع والثامن والعاشر · واصابةالزوج العاشر ليست مقصودة بـل تأتي انعكاساً من العصب الدهليزي على نواة العصب الرئوي المعدي · وقد تقع اختلالات في الحدبة الخلقية ويرى شلل شقي لاصابة الطرق الهرمية · امـا الاعراض الدهليزية فتكون ثابتة في اكثر الحوادث ولا سيما متى كانت الآفة اذنية المنشإ · اما الاعراض العامة فتجتمع كلها

وتشخيص هذا الداء صعب للغاية فهو يشبه اكثر آفات الدماغ الالتهابية والورمية وفحص م · د · ش لا يأتينا دائماً بالنتيجة المطلوبة · فلو اخذنا مثلاً التهاب السحايا المصلي في الحفرة الدماغية الخلفية نراه مشابهاً كل الشبه باعراضه لاعراض خراج او ورم في هذه الناحية وكثيراً ما يخطىء الطبيب في تشخيصه

ولا يتوصل الى تشخيص الداء الا باعراض تالية كسن المريض والافة الاصلية المسببة وشفاء المرض في بعض الاحيان بعد بزل القناة الشوكية ·

اما انذار هذا الداء فليس دائماً جيداً وقد اختلف كثيرون من جراحي الرأس في تعيين درجته فمنهم من يعتقد ان الافة ولو طال امدهـا تنتهي غالباً بالشفاء بفضل البزل القطني او لشفاء الآفة المسببة ومنهم من يعتقد ان التوسط الجراحي هو الطريقة المثلى في شفاء هذا المرض ولو كان مستقراً في ادق المناطق الدماغية واكثرها خطراً ولسنا نخطىء اذا ما وقفنا بين الرأيين وقفة الوسيط مستندين الى بعض الحوادث التي شاهدناها والحادثة التي عالجناها بنفسنا ولا نقول بخطإ الفريق الاول ولا نحبذ رأي الفريق الثاني بل نسير بين الرأيين فنعالج الحوادث الخفيفة الاعراض معالجة طبية منقصين ضغط م · د · ش بالبزل واما الحوادث الشديدة الخطر فلا نقف امامها وقفة المتفرج بل نعالجها بجروءة وحكمة فبعد ان نفرغ الناتىء الخشائي حتى ذروة الصخرة اذا كانت الافة في الحفرة الدماغية الخلفية نبزل المجمع المصلي او نوجه ازميلنا الى الناحية الجدارية الصدغية متى كانت الافة في تلك الناحية ولم نرَ في الحوادث التي شاهدنا معالجتها والحادثة التي عالجناها بنفسنا شيئاً عن الخطر يدعونا الى الرجوع عن رأينا هذا ·

المشاهدة

و · ف · رجل في الرابعة والخمسين من العمر قوي البنية لم يصب في حياته بمرض وبيل ولا سيما في دماغه لا يشرب المسكر الا قليلاً وشربه له متقطع ولا يستعمل المخدرات الاخرى صنعته غير متعبة · اصيب منذ ثماني سنوات بالتهاب حاد متقيح في اذنه اليمنى ولم يعالج معالجة حسنة فاز من الالتهاب

واحتمل سيلان القيخ من اذنه اربع سنوات متواليـــة دون ان يصاب بألم ثم اعترته بعض الاعراض الدهليزية كدوار وترنح وألم رأسي جانبي ولم تستمر هذه الاعراض سوى شهر واحد ثم زالت بتاتاً ولم يعد يشعر بسوى السيلان القيحي الذي كان يتقطع ظهوره وفي شهر حزيران من السنة الماضية اعتراه فجأة دوار شديد مع اقياء وترنح نحو الجهة المصابة وألم شديـــد شغل نصف الرأس الايمن وناحية العنق الجانبية اليمنى . واعترته بعد خمسة ايام من ملازمتـــه للفراش نوب تشنجية شديدة شبيهة بنوب الصرع كان يعقبهـــا سبات يستمر عدة ساعات فظن طبيبه المعالج انه امام زهري الدماغ فاهمل فحص م.د.ش ولم يعط مريضه مع اقتناعه بالتشخيص الذي وضعه الادوية المضادة للافرنجي بل اكتفى بمقادير قليلة من الايودور والمسهلات .

وبعد مضي خمسة عشر يوماً على بدء المرض كان يظهر اثر النوب التشنجية ارتخاء بالطرفين المقابلين للافة لا يلبث ان يزول وفي اليوم العشرين من مرضه اصيب بشلل شقي ايسر تام مع لقوة متصالبة اثر نوبة شديدة ومنذ ذلك الحين بدأت نوب اختلاجية وتشنجية يرافقها هذيان شديـــد ولم يقتصر الهذيان على الكلام فقط بل اصبح المريض كالمعتوه يحاول ترك فراشه والايقاع بمن يعتني به

وبقيت حالته على هذا المنوال حتى انقضاء شهر حزيران : ألم شديد نصفي اشده في الناحية الخشائية مع تصلب النقرة واقياء بدون ادنى جهد، حمى بين ٣٩ صباحاً والاربعين مساء شلل شقي ايسر متصالب هذيان وسبات متقطع .

دعيت لمعالجته في اول تموز فوجدته كما ذكرت فبعد القاء بعض الاسئلة على اهل المريض ثبت لي انه مصاب بالتهاب الاذن الوسطى المتقيح المزمن الايمن

وبعد فحص اذنه جيداً وجدت مجرى الاذن مملوءاً بمادة قيحية نتنة الرائحة لونها احمر الى السمرة ولم اجد اثراً لغشاء الطبل ولا لعظم المطرقة ولم اتمكن من اجراء الفحوص الدهليزية لان المريض كان ملقى في سبات عميق . الناحية الخشائية اليمني شديدة الاحمرار مع ارتشاح خفيف . النبض بطيء لا يتجاوز الستين . حليمة العصب البصري مرتشحة ايضاً عوين م . د . ش . فكانت النتيجة ان الضغط متزايد وان عدد الخلايا البلغمية في الساحة المجهرية زهاء ثلاثين وكثيرات النوى ٣ — ٠ ولم يبدُ شيء من العوامل المرضية واستنبات م . د . ش . بين خلو هذا المائع من الجراثيم . فلم يبقَ لديَّ شك ان هناك آفة دماغية ضاغطة . وانها على ما يرجح ناجمة من آفة الاذن فقررت اجراء العملية الاستكشافية بطريق الناتيء الخشائي . فخدر المريض بالكلوروفورم تخديراً خفيفاً ثم اجريت الشق العادي على طول الخشاء وثقبت العظم حتى الغار وكان العظم قاسياً جداً وشديد الاحتقان ولم اكد أصل الى الغار حتى تدفق منه القيح تدفقاً لانه كان منحبساً فوسعت الثقبة ووجدت ان الجدار العلوي للغار مصاب بنخرة عظمية وان فيه كثيراً من الاورام الكولسترينية (cholestéatomes) فاكملت العملية بتفريغ الخشاء والصخرة وقد كان اندهاشي شديداً لرؤيتي ان النخرة في الجدار العلوي للغار ممتدة حتى الام الجافية وانها لم تكن مستورة الا بحجاب ليفي كثير التبرعم . فنزعت ما استطعت نزعه من العظم المتنخر واكملت تعرية قسم من السحايا الجدارية . وكانت السحايا متبججة متبدلة اللون يشعر حين جسها انها منضغطة من الداخل الى الخارج . فظننت اولاً ان هناك خراجاً تحت الام الجافية وصممت على

بزل الناحية · فبعد التعقيم ادخلت ابرة متوسطة الحجم وشعرت كأنها في جوف فارغ وامتلأت المحقنة مائعاً مع انني لم احرك المدفع بل ان الضغط الداخلي قد حركه · وكان المائع صافياً لا تبدلات مرئية فيه فاخرجت الابرة وظل المائع يتدفق من الثقبة تدفقاً شديداً · فاعدت البزل في جهات مختلفة فلم الاق ما لقيت في تلك البقعة · ثم بزلت البطينات فاستخرجت مائعاً غزيراً ذا صفات طبيعية · فتحققت حينئذٍ انني امام التهاب سحائي مصلي محدود ومتكيس · وبعد فحص ناحية الدهليز ترددت في اكمال العملية بثقبي القنوات الهلالية وفتح الدهليز بين الامامي والخلفي ولكنني رأيت ان الناحية لا اثر للنخرة فيها فابقيت الشطر الثاني من العملية الى وقت آخر مسترشداً بالاعراض التي ستستمر بعد العملية ثم خطت الجراح جميعه بعد حذف الجدار بين الخلفي والعلوي مع توسيع فوهة مجرى السمع الظاهر ·

نتيجة العملية هجعت الاعراض الناجمة من التخرش جميعها ، سقطت الحرارة في اليوم الثاني الى ٣٨° واستمر هبوطها التدريجي حتى بلغت ٣٦ في اليوم الخامس · زال الشلل جميعه ولم يبق له اثر بعد اسبوع اختفت الاعراض الاخرى جميعها وتمكن المريض من مغادرة فراشه في اليوم العاشر بعد عمليته ولم يبق سوى دوار خفيف مع ترنح في المشية · غير ان الدوار زال جميعه في الشهر الثاني من العملية ولم يبق من الترنح الا الشيء الخفيف حتى اليوم · واعتقد ان اتلاف التيه كان مفضلاً وظل المائع الدماغي الشوكي يسيل من الجرح حتى اليوم السادس بعد العملية · وقد تم اندمال الجرح بعد ثلاثة اشهر · والمريض الآن متمتع بصحة جيدة لا يشكو ألماً سوى اختلال خفيف في الموازنة ·

حبة الشرق (Bouton d' Orient)

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب بدمشق

اهدى الينا صديقنا الزميل ادوار بصاجيان اطروحته عن حبة الشرق وقد جمعت فأوعت فرغبنا في تدوين خلاصتها وذكر بعض ملاحظاتنا عن هـذه البثرة في دمشق وضواحيها . والدكتور بصمجيان طبيب ومجاز من السوربون وحائز على شهادة دراسة الصحة العليـا واجازة من معهد امراض البلاد الحارة فهو والحالة هذه من خيرة المحققين في هذا الداء الجلدي .

كانت حبة الشرق لا تظهر الا في مناطق محدودة اهمها بغداد وحلب وبصرة وملحقاتها وكانت الحرب العامة التي جيشت الجيوش وساقتها من بلدان الى اخرى سبباً في نشر بعض الامراض التي كانت مختصة باقليم دون سواه فانتشرت بثرة الشرق في انحاء لم تظهر فيها من قبل . فشاهدناها في ضواحي دمشق وقرى اصطيافها (بقين وبلودان ومضايا) حيث اصيب بها كثير من معارفنا واخذت تظهر في دمشق نفسها فشوهدت بضع حادثات في المهاجرين وحوادث اخرى في الميدان مع ان المصابين لم يغادروا المدينة وللاستاذ طلعت بك معلم الامراض الجلدية والزهرية في مستشفى الكلخانة بضع مشاهـدات عن بثرة الشرق في اشخاص لم يغادروا القسطنطينية . وكانت سهولة المواصلات بالبر

والبحر والجو سببا آخر مساعداً لنشر الامراض فبعد ان كان العراقي لا يصل الى دمشق الا في ثلاثين يوماً اصبح يصلها في ثلاثين ساعة بالسيارة او اربع الى ست ساعات بالطيارة

وكثر تردد الحلبيين حيث الحبة بلدية الى دمشق عاصمة الدولة السورية وانتشرت فكرة الاصطياف في العراق فاخذ العراقيون يقصدون الى دمشق الفتانة وضواحيها الزاهية ليخففوا عن انفسهم لوعة الحر ويستنشقوا من نسيم وادي بردى العليل وهواء جبال سورية ولبنان البليل · وقد ظهرت حبة الشرق في اوروبا ولكن في اشخاص قادمين من مناطق موبوءة فتمكن اساطين الطب فيها من درسها · وقد اخذ معهد دمشق على عاتقه درس هذا المرض وهو أحق من غيره به وبدأ استاذ الامراض الجلدية فيه جميل بك الخاني يتقصى وستنشر عما قريب اراوءه في احدى المجلات الفرنسية المختصة بأمراض البلاد الحارة ·

ولا يعير سكان البلدان حيث هذا المرض منتشر اهمية لظهور الحبة وزوالها لان سيرها فيهم سليم ولان قاطني هذه البلاد يعتقدون ان ظهورها امر محتم لا مناص منه فهو قضاء وقدر لا مفر منه · هذا واذا كانت حبة الشرق سليمة في غالب الاحيان فان ندبتها مزعجة ولا سيما متى ظهرت في الوجه فشوهت جمال المرأة وسيرها يزعج الجنسين وقد يستمر هذا السير مدة طويلة فيعصي المداواة وقد تبدو في بعض الاحيان علامات تدل ان الآفة ليست موضعية فحسب بل قد تنتشر ذيفانات عواملها المرضية في انحاء الجسد فتحدث حمى والتهاباً في الطحال وضخامة فيه وقد يرافق البثرة تقيح العقد البلغمية والتهاب

العروق البلغمية والتهاب الأوردة والحمرة

واطلق على حبة الشرق اسماء عديدة فسموها في بغداد بثرة بغداد وفي حلب حبة حلب وافضل تسمية هي داء اللايشمانيا الجلدي على رأي أ٠ لافران

درس ونيون (C.M.Wenyon) الذي قدم بغداد سنة ٩١٠ حبة الشرق ونشر اراءه في المجلات الغربية وتقصى فيها الدكتور حنا خياط المدير العام لمصلحة الصحة في العراق والدكتور شادويك والدكتور حتي مدير مصلحة البيطرة ومعاونه في العراق

تاريخ حبة الشرق

يرجع ظهور حبة الشرق الى عهد قديم ، بحث عنها اطباء العرب ووصفوا لها ادوية مختلفة ولا يزال يستعمل بعض وصفاتهم البغداديون حتى الان٠ وينسب سكان حلب ظهورها الى المياه الملوثة ويعتقدون بذلك اعتقاداً راسخاً وقد سرى هذا الاعتقاد الى سكان دمشق فاصبح الدمشقي يحترز من شرب مياه حلب متى أمّها غير ان ماء حلب النقي الذي جرته الحكومة يدد هذا الرأي وقد حدثنا بعضهم انه قصد الى كثير من الاماكن الموبوءة وكان يمزج الماء بمادة مضادة للتعفن فلم يصب بأذى وقد اهمل ذلك مرة فما لبث الداء ان ظهر فيه٠ ان الرجل صادق ولا شك غير اننا نعتقد انه في اسفاره الاولى كان شديد الاعتناء بصحته غير انه في المرة الاخيرة اهمل اتباع القواعد الصحية فلم يحفظ نفسه من البعوض كما انه اهمل تطهير الماء

وظلت الابحاث عن حبة الشرق غامضة لا تدعمها الحقائق حتى كشف جامس هومر رايت (James Homer Wright) الطفيلي سنة ١٩٠٣

ثم درسها في بغداد ونيون سنة ١٩١٠ونشر عنها اطباء الجيش الانكليزي منذ سنة ١٩١٧ مقالات موجزة نشرت في مجلات طبية متنوعة

توزعها الجغرافي

تشاهد في وادي الفرات (Tigre) وفي بلاد الفرس والبلاد المتاخمة للحدود التركية العراقية وفي سورية (حلب) وشرق الاردن وفلسطين وبلاد العرب ·

الاسباب

تبدو حبة الشرق في السن ١ ٣ ٤ ويبدأ سيرها منذ الاشهر الثاني عشر الى الرابع عشر من العمر وقد تظهر منذ الشهر الثامن أو التاسع ولعل السر في ذلك هو ان الولد يبدأ بالزحف او يمشي في هذه السن فيغرب عن ملاحظة اهله ويتعرض لوخز البعوض اكثر من ذي قبل ·

وهي لا تظهر في المناطق الموبوءة في الغالب الا في الاطفال غير انها تصيب الكهول القادمين من بلدان لا حبة فيها · ويصاب الغرباء بها بعد اقامتهم في البلدان الموبوءة من ستة اشهر الى سنة وقد تظهر في اقل من ذلك ولا ينجو منها في الغالب الا عدد قليل · ولا تحترم حبة الشرق الدرجات فهي تصيب الجميع على السواء تظهر في الاغنياء والفقراء غير ان جودة الصحة تساعد العضوية على مقاومتها ولهذا نراها اكثر انتشاراً في المضنكين المدنفين البلغميين وتتقرح فيهم ويطول سيرها ·

وهي لا تحترم الرس بل جميع الرساس امامها سواء غير انها اشدُّ ولعاً بالاسرائيليين وهذا ما حمل موسويي بغداد على البحث عنها اكثر من غيرهم

فجربوا التلقيح بكشاطة حبة آخذة بالسير ووضع الكشاطة في موضع من الجلد مبزوغ يستطاع ستره فكانت تظهر الحبة في هـذا المكان المعين ويجتنب بذلك ظهورها في المناطق المكشوفة كالوجه غير ان جهل القائمين بالتلقيح حينئذٍ للطهارة جعل المكان الملقح يتعرقل بحالات التهابية فنبذت هذه الطريقة ولم يعد اليها الاطباء بعد عهد باستور العظيم . ويؤثر الفصل في سير المرض وظهوره فيقع الانتان في الصيف غالباً في اشهر حزيران وتموز وآب بعد دور تفريخ يختلف من شهرين الى ثلاثة اشهر وقد يمتد حتى تشرين ثم يبدأ دور الحدة ويناسب هذا السير زمن نضج البلح مما دعا الاهالي الى تسميتها في العراق (بثرة التمر) تكون الحبة في آب حطاطة ثم تصبح عقيدة صغيرة . ويكون التمر في هذا الحين صغيراً وعقيدياً . ويناسب نمو التمر نمو الحبة فيبلغ النمو درجة الكمال في شهري ايلول وتشرين الاول وتكون الافة حينئذٍ في اقصى درجة اتساعها . وكثيراً ما نسبها العملة المشتغلون في جني التمر الى عملهم فالبدء يقع اذن في اشهر الصيف وابعد حده في شهر تشرين الاول . وقد تظهر في اشهر اخرى فيكون السبب طول دور الحضانة

التفريخ

تختلف مدة دور التفريخ باختلاف المقاومة البدنية ووطأة الجراثيم وعددها ويعتقد لافران ان اقصر مدة للتفريخ هي خمسة عشر يوماً واطول مدة سبعة اشهر وأوسطها شهران . ويصاب القادمون لبلاد موبوءة بعد وصولهم بشهرين الى اربعة اشهر . وقد ذكر ونيون حادثة لم يستمر دور التفريخ فيها اكثر من اسبوعين وقد لقح ونيون نفسه وامرأة في بغداد فظهرت الحبة بعد

سبعة اشهر في المرأة وستة اشهر ونصف الشهر فيه · وقد اعتاد الدكتور ساطي التلقيح في الموصل ويعتقد ان مدة التفريخ المعتادة شهران

الصفات السريرية

تبدو الحبات في العراق بشكلين ويقال لبعضها مذكرة وللبعض الاخر موءنثة وذلك بالنسبة الى شكلها وقياسها · فالحبات المذكرة هي آفات عقيدية صغيرة لا تتقرح عادة واذا تقرحت لا يتسع التقرح · اما الحبات الموءنثة فانها تتقرح باكراً ويتسع التقرح نحو المحيط فتتكون بذلك قرحة تبلغ سعتها سعة نصف المجيدي وقد تتسع اكثر من ذلك في الاشخاص المهملين ·

غير ان هذين الشكلين ليسا مميزين دائماً اذ قد يتقرح النوع العقيدي ويتسع فيصبح مشابهاً للحبة الموءنثة وقد يقف هذا الاتساع قبل ان يبلغ حد البثرة الموءنثة فتنجم من ذلك اشكال متوسطة · تشاهد الحبة المذكرة في جهات العراق المنخفضة كما في البصرة وملحقاتها واما الموءنثة فمنتشرة في جميع انحاء العراق

السير

دور البدء : تبدأ الآفة كبقعة حمراء صغيرة تشبه وخزة البعوض وتسبب حكة بسيطة وتستقر الآفة عادة كوخزة البعوض في الاقسام المكشوفة · ولا تلبث البقعة ان تصبح لطخة فحطاطة في مركزها نقطة عقيدية وتتجه بعد ذلك الى السير نحو الحبة المذكرة او الحبة الموءنثة ومتى اتجهت الى السير نحو الحبة المذكرة ستر جلدها بتحسف ابيض خرشفي اذا نزع ظهر تحته قاع حبيبي محمر حيث الجراثيم · ويظهر فوقها بعد حين قشرة يتم تحتها فعل الترميم · ولا تلبث القشرة ان تسقط تاركة مكانها ندبة بيضاء منخفضة قليلاً لا تتجاوز

سعتها ستنتمترين ويختلف كبر هذه الندبة باختلاف جسامة العقيدة الاساسية

اما الحبة المؤنثة فان عامل التخريب فيها اشد عمقاً وسطحاً . ويبدأ التخريب من مركز العقيدة ويمتد الى المحيط . وهذا التقرح غير مؤلم ويستمر نموه بضعة اسابيع ثم يقف النمو طيلة دور الحدة

دور الحدة : اتساع القرحة في هذا الدور كنصف المجيدي تسترها قشرة صفراء ناجمة من تجمد مهل القرحة . وترى فيه الطفيليات وجراثيم اخرى مشاركة . واذا سقطت القشرة من نفسها او ازيلت بصدمة او نزعها المريض ظهرت مكانها قشرة ثانية

ويبدو التقرح تحت القشرة عميقاً قعره غير منتظم محمر فيه عدة براعم آخذة بالتكاثر تقابلها عدة انخفاضات

حافات القرحة مدورة او بيضية غير منتظمة مشرذمة كانها مقطوعة بالمجوب (emporte pièce) ومحاطة بمنطقة حامية

هذا هو شكل البثرة السريري غير المرقل وهذه هي طريقة نموها . يستمر هذا الدور من شهرين الى خمسة اشهر ولا يلبث ان يتلوه دور الندب ان هذا الشكل هو المألوف في العراق وهناك اشكال متوسطة حيث تكون القرحة اقل اتساعاً او اكبر انتشاراً وقد تبدو في اطراف القرحة قرحات اخرى ولا يبعد ان تتحول القرحة الى قرحة آكلة او يخالطها انتان .

وقد شوهدت حادثات وقفت فيها الحطاطة الصغيرة عن النمو ثم زالت وقد تتدنى العقيدات وتشفى دون ان تترك اثراً ولا يبدو حينئذٍ تقرح

دور الترمم او الشفاء يتم الندب ببطوء فتزول المنطقة الحامية وتنخفض حافات

القرحة وتنمو البراعم اللحمية وتتساقط القشور ويتلو تساقطها ظهور غيرهـا ويرى كلما سقطت القشرة ان الندب قد ازدادت ثم تكون ندبة بيضاء تصطبغ وتبقى علامة خالدة

المدة

تختلف لعدة اسباب:وطأة الجراثيم وعددها وشكل الآفات ومقاومة البنية والعناية بالجلد والمداواة

ومدتها في العراق سنة واحدة ولذا يسمونها (حبة السنة) وقد تبلغ هـذه المدة خمسة عشر شهراً او ثمانية اشهر

عدد الحبات

واحدة في الغالب وقـد تكون اثنتين او اكثر من ذلك الى خمس . فاذا كانت الحبة واحدة اطلق عليها العراقيون اسم الاخت واذا كانت عديدة سموها الأخوات . وقد يبلغ عدد الحبات خمس عشرة او اكثر من ذلك غير ان هذا نادر . وذكر ف . د . اوفن حادثة رجل شاهده في ليفربول سنة ١٩٢٦ وقد ظهرت حبته الاولى في بغداد ثم بـدت فيه عقيدات يبلغ عددهـا ٢٥٠ . ولينتبه الى ان الحبات لا تنمو جميعها في وقت واحد بل يتلو بعضها بعضاً وقـد ترى في شخص واحد آفات في ادوار مختلفة من نموها تنتج من التلقيح الذاتي (par auto inoculation) ولا سيما الحك

مقر الحبات في الجسم تبدو الحبات عادة في الاقسام المكشوفة وهـذا ما جعل المؤلفون يقولون ان الوسيط هو البعوض . ولا يصاب الرضع الا قليلاً واذا احترمنا هذه القاعدة واردنا تطبيقها على الطفل رأينا ان الطفل الرضيع

تستر جميع اقسامه حتى ان وجهه يستتر بقناع رقيق ويراقب الاهل صحة رضيعهم احسن مراقبة · وتبدو الحبات في الظهور إعتبـاراً من السنة الاولى وتظهر في الوجه ولا سيما في الاذن والجفنين السفليين والخدين والشفتين والذقن وقـد تبدو في العنق والنقرة · وتصاب الاطراف في اقسام معينـة ففي الطرفين العلويين حذاء الساعدين واليدين وفي الطرفين السفليين في الساق والقدم ولا تبدو الحبات عادة في الفروة ولا في اخمص القدم ولا في راحـة اليـد · اما الاغشية المخاطية فلا تصاب بها وكذلك الامر في الكهول فان الوجـه معرض كثيراً لهذا المرض ·

الاعراض

ليس لهذا المرض اعراض عامة اما الاعراض الموضعية فهي تخديش خفيف وحكة بسيطة · ولا ينجم من الحبة نفسها آلام اما اذا خالط الجوار التهاب تالٍ فتبدو اعراضه ·

العراقيل

كثيراً ما يخالط حبة الشرق انتان تالٍ · وينجم هذا الانتان التالي من المكورات العنقودية والعقدية وتشاهد هذه العراقيل ولا سيما في الاطفال والكهول الذين يهملون امر النظافة · وسوء البنية العامة يعدها للانتانات التاليـة ويوسع القرحة · وقد ينجم من هذا الانتان التالي تقيح فتقرح يتسع شيئاً فشيئاً وقد تبلغ سعته سعة راحة اليد وهكذا تمتد القرحـة اذا كانت في الوجه فتأخذ الخد والجفن السفلي والاذن وينجم من هذا التقرح ندب مزعجة وتلتهب العروق البلغمية في دورها وتنتفخ العروق العائدة اليها اما العراقيل

الاخرى كالحمرة والتهاب الوريد فهي نادرة

والعراقيل المتأخرة التي تنجم من الندب المعيبة لا بد من وقوعها وهي قد تكون صغيرة وبسيطة وقد تكون متسعة فتحدث في امكنة استقرارها اضطرابات وظيفية ومتى استقرت الندبة في الجفن السفلي جذبته واحدثت بذلك الشطر الخارجي وقد يدعو الامر الى انسداد الشؤون (مجاري الدمع) . وقد تبدل ندبة الوجه الواسعة منظر المصاب بها فيقصر انفه و يصغر فتبدل ملامح الوجه وتشوهه .

العامل المرضي

اول من درس في بغداد لايشمانيا البلاد الحارة ونيون ثم عقبه في التقصي مؤلفون آخرون . ولم يعد من مجال للشك في اتهام غيرها لانها اصبحت حقيقة علمية . واذا لقحت الحيوانات بهذه الطفيليات انتقلت العدوى اليها

التشريح المرضي

دقق ناتان لاريه في خزعات مأخوذة بغية الاستقصاء الحيوي فتبين له ان عدد الطفيليات كثير في منطقة النمو عمقاً وسطحاً . ويبدو في البلغميات عدد كبير من اللايشمانيا ايضاً . وقد تستولي الطفيليات على الخلايا الضامة وشوهدت الطفيليات ايضاً في خلايا الوعاء الاندوتليالية . تسكن الطفيليات غالباً باطن الخلايا وقد يكون بعضها حراً في افضية النسيج الضام وفي لمعة العروق البلغمية وسطح الآفة نفسها

وتبدو في المركز نخرة تخثرية او بعبارة اخرى حؤول نظير الليفين في الحزم المولدة للغراء وفي هيولى الخلايا الضامة وتبقى نواها سليمة وتتجزأ العناصر

الحرة الكريات البيض الوحيـدة النواة و كثيرات النوى والكريات الحمر ويتفاعل السيج الضام وترى خارجاً منطقة مركبة من ارتشاح خلوي تتغلب فيه كريات بيض ووحيدة النواة غير محببة وكريات بيض محببة

التشخيص

سهل متى كان الطبيب خبيراً بصفاتها السريرية وتمكن من أخذ كشاطة منها وتحري الطفيلي فيها

الانذار

سليم وتشفى الحبة على الرغم من اهمالها

انتقال الحبة

تبدو حبة الشرق في الكلاب ايضاً فقد شاهدها فيلمن سنة ١٨٥٤ في كلاب حلب وشوهدت ايضاً في كلاب طهران غير ان ونيون لم يشاهدها في كلاب العراق . وقد اثبت الحكيمان البيطريان شفيق وحتي من العراق ان الكلاب تصاب في العراق بداء اللايشمانيا وقد اثبتا ذلك بالفحص الطفيلي وتبـدو الآفة في الكلاب في الاقسام المعراة من الشعر . والحبات في الكلاب عديـدة عادة وقد اتضح الآن ان الكلاب تلعب دوراً عظيماً في ادخار الفوعات

الانتان التجربي

نقل المرض من الانسان الى الحيـوانات : جرب الحكيمان ونيون وساعاتي نقل المرض من الانسان الى الانسان الاول في بغداد والثاني في الموصـل فكانت نتائجها ايجابية

وتمكن نيكول ومانسود ولافران من احداث حبة الشرق عن طريق التجربة

في الكلاب، واستطاع ونيون تلقيح القطط · وثبت التلقيح في الحمار والحصان والماعز والخروف والارانب وحيوانات اخرى

اما الطيور فليست معرضة لهذا المرض ·

العدوى المقصودة والمعتنفة والذاتية

العدوى الذاتية ثابتة وكثيراً ما تظهر في المصاب بحبة الشرق اذا لوث بها الظفر وحك به مكان آخر حبة اخرى وهذه هي العدوى الذاتية وتمكن ونيون من احداث حبة نموذجية بحقن الادمة بالفوعة او بوضعها على سخجة غير ان تجاربه كانت سلبية حينما كان يضع الفوعة على جلد سليم لان بشرة الجلد السليمة توءلف سداً منيعاً ازاء الجرثوم

ويعتقد لافران ان العدوى المقصودة من الانسان الى الانسان ممكنة كما ان العدوى المعتنفة بالثياب وحوائج المريض ممكنة ايضاً · غير ان هذه العدوى لا يسلم بها جميع المؤلفين

الانتقال المعتنف — الضيف

ان ظهور حبة الشرق في الاقسام المكشوفة دليل على انتقال العدوى بالحشرات وتبين لونيون ان فوعة حبة الشرق قد تكون ضيفاً على البق وتنقل الفوعة بخرطوم الذباب وارجله وطريقة هذا الانتقال آلية «للبحث صلة»

الصحة وكيف نتوصل الى وقايتها

والمحافظة على ديمومتها

خطبة القاها الدكتور كامل سليمان الخوري في احدى الحفلات في بوسطن ماس بناءً على طلب عمدتها

ايها المحفل الموقر من سيدات اديبات وسادةٍ كرام

يجوز لنا ان نشبه جسم الانسان بحصنٍ يهاجمه الاعداء من كل ناحية وفي كل لحظة ، فكما ان القلعة اذا توانى الحراس في حراستها سقطت في يد العدو المحدق بها وصعب عليهم فيما بعد استرجاعها، هكذا صحة الانسان تحتاطها الادواء وتحيق بها جراثيم العلل على الدوام ، فاذا تغلبت عليها صعب جداً اعادتها الى حالتها الاصلية الاولية ·

فمن هم حراس قلعة الجسم البشري ؟ ···· وكم عددهم ؟ ·· وما هو سلاحهم وعُددهم ؟ ··· وما هي وظائفهم ؟ ··· تلك مسائل آتي على بسطها بما يمكن من الاختصار فيما يلي · انما ارجو من سامعيَّ الكرام تتبعي في بحثي هذا خطوةً خطوةً ، لان هذا البحث - ككل بحث علمي عملي - هو عبارة عن سلسلة حلقات متماسكة اذا فقد السامع حلقة منها تاه عن نوال الغرض المطلوب والضالة المنشودة ·

قلت ان الجسم البشري يشبه الحصن ، بل يجوز تشبيهه بمملكة منظمة

حاكمها الاكبر الدماغ ، ومدير اشغالها الهامة القلب والاوعية ، ومدير الذخيرة فيها المعدة وباقي الجهاز الهضمي ٠

فما دامت اعضاء الجسم الانساني سائرة على خطة منظمة في القيام بما عهد اليها من المهام ، كان الجسم اميناً من كل عدو مفاجئ ٠ ولكن يوم يحل فيها الضعف او يعروها شيء من الوهن ، فهناك الخطر المهدد لها اذ تصبح عرضةً لهجمات العلل الوبيلة والادواء الفتاكة والعاهات العسرة الشفاء ٠

على انني اخال اسمع معترضاً يقول : « ان ولدي فاجأه المرض على حين غرّة ، اذ لم يكن يشعر بشيء ابداً بل كان متمتعاً بتمام الصحة والعافية والنشاط »

فرويدك ايها المعترض الاديب ، ألا فاعلم ان ذيّالك الطفل — قبلما اشتد عليه الداء — قد كان ولا شك منحرف الصحة منذ بضعة ايام ، على ان والدته لم تك تهتم لأمره لانهماكها في الاشغال البيتية ، ولعلها تتذكر الآن ان ابنها كان يسعل من وقت الى آخر ، وانه فقد قابلية الطعام ٠ واحترّ بدنه ٠٠٠

بيد ان جارتها قالت لها : « لا تجزعي سلميه الى الله » ماذا يقدر ان يفعل الطبيب ! بالامس حصل لابني مثل ذلك وانتهى الامر على سلامة وخير بدون ما استشارة حكيم » ٠

وهكذا توصلت الجارة الى تحويل افكارها عن اجراء اللازم منذ البدء ، ولما اشتدت الوعكة عليه اصبح جسمه اقل قوة ونشاطاً لدفع الامراض المنتشرة جراثيمها في الهواء المحيط بنا ، والملتصقة بمواد غذائنا من لبن وخبز وخضر وفاكهة ومتاع ، ونقود ، ولما دخلت هاتيك الجراثيم بدنه النحيف الغضّ عن طريق التنفس او الهضم ، وجدت حامية الجسم منهوكة القوى ،

خائرة العزم ، فتنشبت براثينها فيه ؟ ...

ومعترض آخر يقول : الا بربك أعفنا من هذا التفلسف ، فانما المرض امر رباني ومن له عمر فلا تقتله شدة ... وهلاَّ ذكرتَ ايها الناصح المتفلسف قوله تعالى : انا الذي أُميت وأحيي ، وأُسعد واشقي وافقر واغني ؟ ...

فعلى رسلك ايها المعترض . فانا مثلك اؤمن بالله واحد خالق قد سوّى فابدع ، واقر بانه لا يتم شيء في الكون الواسع الا باذنه ومشيئته ، تقدست اسماؤه الحسنى . بيد انه — جلّ شأنه — قد وضع نواميس وحدوداً لهذا الكون وسنّ لمخلوقاته شرائع وأنظمة وامرهم باطاعتها والعمل بموجبها ، وتوعّد المخالف بأشد العقاب ، وحسبنا دليلاً على ذلك الحاقه القصاص الرهيب بابناء آدم عليه السلام وبكل ذريته من بعده . فعلينا اذن — ايها السيدات والسادة — التمسك بالاوامر الصحية التي سنّها لنا رجال الله العظام ، والتي يرسمها كل يوم علماؤنا الاعلام ، فهم — فيما يتعلق بشؤون الصحة — بمنزلة الرسل والمبشرين الذين لهم القسط الأوفر في نشر الكتب القيّمة وهداية البشر الى خير الطرق الكافلة لهم رفاههم ونجاحهم .

واني اعتقد ان الوالدين الذين يتكلون اتكالاً اعمى على العناية الحافظة - بدون ان يتمسكوا بالوصايا الصحية — يصابون بداء الكسل الوخيم وكأني بهم يريدون التنصل من مشقة او تعب ، بدعوى اتكالهم على الله . والله عزّ شأنه لن يرضى بمثل هذا الاتكال ، بل قد قال للانسان الاول : بعرق جبينك تأكل خبزك . والمثل الدارج يقول عن لسان الحكمة : يا عبدي قم حتى اقوم معك ، والمثل الفرنسي يقول : ساعد نفسك تساعدك السماء ؟ ...

وبهذه المناسبة اتذكر حادثة محزنة تريكم جلياً ضرر الاتكال على الله بدون سعي : منذ بضع وعشر سنوات اذ كنت في حمص — عالجت طفلاً مصاباً بالدفتيريا ، وكنت احذر والديه وجدّيه ألاّ يدعوا نفشه ومواد قيائه تلوث الأحرمة وغيرها من اثاث البيت وفرشه لانها تخزن في طياتها جراثيم العلة الوبيلة ، وقد يجوز ان تعود فتنقلها بعد اشهر الى اشخاص آخرين اذ انها شديدة السراية والعدوى ، ولكنني كنت كالكاتب على صفحات الماء . أخيراً ساعدت العناية وأبلّ الطفل ، بيد ان اخاه الاصغر اصيب بالداء فبادرت حالاً الى مداواته ، وكنت اثناء كل عيادة احذّر ذويه بوجوب التحفظ من نشر جراثيم العلة . لكنني ما كنت لأسمع الا هذا القول : الله المسلّم يا شيخ او ما يجري مجراه . اخيراً برىء الولد الثاني . وبعد شهر من الزمان اخذ الوالدان ابنيهما الى دير ما جرجس ليقصّا لهما شعرهما اذ كانا قد نذرا ذلك . ولكن لنكد الطالع احتاجا في تلك السفرة الى استعمال الأحرمة الصوفية التي كانا يستعملانها لهما اثناء مرضهما . فحدث بعد عودتهما من الزيارة الى البيت ان اصيب الولد الاكبر بالحصبة التي ما عتمت ان اختلطت بالخناق الدفتيري ثانية ، وقد امتدّ الداء في هذه المرة الى حنجرته وفتك به ، وفي اليوم الثاني اصيب اخوه بالعلتين ذاتهما وقضى نحبه . ثم بعد يومين اصيبت اختهما الصغرى ولحقت بهما ... كل هذه المأساة الفاجعة حصلت في اسبوع واحد ؟ ... فتأملوا ايها السادة ...

....

سامعيّ الكرام — سبق فقلت ان جراثيم الادواء منتشرة في الهواء المحيط

بنا - اي الهواء الذي نستنشقه بالشهيق والذي يدخـل اعماق رئاتنا · وهي تلامس بيوتنا وثيابنا ومواد طعامنا والمياه التي نشربها وقطع النقود التي نتعامل بها الى آخر ما هنالك ·

ولقد اثبت العلم أخيراً ان اغلب العلل — ان لم تكن كلهـا — ذات جراثيم ساريـة غاية في الصغر لا ترى الا بالمجاهر المكبرة التي تعظم الشيء من خمسمائة مرة الى الف مرة واكثر · اما العلل التي لم يقفوا بعد على جراثيمها فالعلماء مجمعون على انهم سيجـدون جراثيمها يوماً ما · وبناء على ما تقدم نرى جلياً ان العلم بتقدمه وارتقائه قد قتل فكرة الاصابة بالعين التي كانت فيما مضى سائرة بين الناس حتى انها حملت على اذاعة النطق المأثور : العين حق والعدوى باطلة · وقد جاز لنا اليوم قلب الآية فنقول: ان العدوى حق والعين باطلة ! ··

····

فاذا سلمنا بصحة ما تقدم — وتلكم هي الحقيقة التي لا يمارى فيها — ترتب علينا ان نجتهد في جعل حامية جسمنا على أتم الاستعداد لدفع كل مفاجيء معتد

ويحسن بنا ان نعرف اولاً ما هي او بالحري من هي الحاميـة في الجسم البشري · تعلمون ايها السيدات والسادة ان دم الانسان مركب من مصـل وكريات دموية بنسبة ٦٠ في المائة من الاول واربعين من الثانية · ووظيفة الدم هي حمل الاوكسيجين اي مولد الحموضة والغذاء الى النسج ونقل مواد الدثور والانحلال من الاعضاء والنسج الى الاعضاء المفرزة كالجلد والكليتين والرئتين · ومن وظائف الدم الهامة ايضاً حفظ البدن على حرارة متساويـة اي جعل الحرارة فيه على قدر لازم بقطع النظر عن الاختلافات الجويـة من

برد وحر ورطوبة ·

اما الكريات الموجودة في الدم فعديدة ، واهمها نوعان الكريات الحمر والكريات البيض · اما الكريات الحمر وعددها يربو على الخمسة ملايين في الملمتر المكعب من الدم فوظيفتها تقوم بنقل اوكسيجين الهواء (مولد الحموضة) الذي نستنشقه الى النسج · و بعد ان تدور بواسطة الشرايين والاوعية الشعرية وتلحق اقصى وادق اقسام الجسم ، موزعة عليها ما تحمل من مولد الحموضة الضروري جداً للحياة ، ترجع بدورتها الدموية الى خلايا الرئتين العديدة والمتناهية في الدقة حيثما تمتص الاوكسيجين ثانية من الهواء الجديد الذي استنشقناه بالتنفس ، بعد ما ندفع بالزفير الهواء الاول الذي بات فقيراً بالاوكسجين « اي غدا ساماً لقلة هذا الاخير فيه وانشباعه بالحامض الكربوني الذي حملته اليه الاوردة من اقصى اجزاء البدن »

اما الكريات البيض فهي اكبر من الحمر و يبلغ حجمها واحداً من الفين وخمسمائة جزء من القيراط ، وهي ذات نوى وحركات متحولية (امبية) ، وتتولد في الجسم البشري من النسيج البلغمي (الليمفاوي) والطحال ونقي العظام ، و يبلغ عددها من خمسة الى عشرة آلاف في الملمتر المكعب من الدم · فتكون اذاً نسبة عددها الى عدد الكريات الحمر كنسبة واحد الى خمسمائة او الف ·

ولهذه الكريات البيض خاصة الفتك بالاجسام الغريبة والمواد الصابغة وانواع الراجبيات الحية والميتة مع كلما تفرزه من موادها السامة ·

واول من اشار الى فعلها الواقي هذا هو متشنيكوف الروسي خليفة العلاّمة باستور الشهير الذي قدم للبشرية خدماً لا تقدّر فوائدها ، وفتح للعلم والطبابة

عوالم جديدة من الاحياء المهددة لبني الانسان في كل آن ومكان ·

وقد ذهب متشنيكوف اولاً الى ان حماية البدن من فتك الجراثيم الوبيلة تنحصر في الكريات البيض وحدها ، بيد انه ما عتم ان عاد فبدّل رأيه فيها فيما بعد ، عندما اثبت العلماء خاصة مصل الدم لقتل الباكتيريا اي الراجبيات ، ثم اثبتوا بعد ذلك وجود مواد في الدم اطلقوا عليها اسم المحاربة «alexine» وغيرها اسموها الطاهية « opsonine ·» مما لا يسمح المقام بالتبسط فيه ومن شاء ذلك فعليه براجعة المؤلفات التي تبحث فيه ·

فكل ما ذُكر يساعد معاً على ملاشاة ما تفرزه الجراثيم الوبيلة عند دخولها للجسم وجعلها في حالة من الضعف تمكن الكريات البيض من ابتلاعها وملاشاتها ·

وخلاصة الخلاصة انه ما دام الجسم في حالةٍ جيدة من الصحة ، كانت هاته الدوافع والحوامي في حالة حسنة ايضاً ، ولكن يوم يعرو البدن وهنٌ ما تضعف بضعفه ، فاذا دخلت الجسم جراثيم الادواء المنتشرة في كل محل وفي كل لحظة كما سبق فقلنا نفثت مفرزاتها السامة حيثما تستقر وكونت ما يدعى بعرف الاطباء مستعمرة (colonie) · وبواسطة هاتيك المفرازات السامة تنسج حولها سداً منيعاً من النسيج المتصلب لتدرأ عنها اذى دوافع الجسم عندما تستيقظ هذه من سباتها ·

· · · · ·

والمغزى من كل ما تقدم بسطه هو انه يتحتم على كل منا عندما يعروه رشح خفيف في صدره او وعكة ما في جسمه ان يعمد الى المكث في فراشه وان

يتذرع بكل الوسائل لتقصير الوعكة . وهكذا يتيح للجسم ان يأخذ حظه من الراحة وان يستعيد قوته فتعود الدوافع في بدنه الى نشاطها الاول ومناعتها الفطرية ، واذ ذاك يأمن اشتداد الداء ، وتبعد عنه العلل والارزاء ، ولقد جاء في الامثال المأثورة : ان درهم وقاية خير من قنطار علاج ، والسلام على كل من أرشد فاسترشد ، وهُدي فاهتدى



تحضير المبضوعين ؛ (opérés) التخدير

الاعتناآت السابقة والتالية للعمليات

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يتوهم البعض في هذه البلاد ان العملية الجراحيـة لا تفترق عن عمليات اخرى يسأل رب احد المعامل قضاوءها مع ان جسم الانسان ليس آلة جامدة كسائر الالات ولا شعبة الجراحـة مرأباً (garage) او دكان ساعاتي يدخله الانسان وزجاجة ساعته مكسورة فيخرج منه بعد هنيهة وقد استعيض عن تلك الزجاجة بزجاجة صحيحة ٠

ان هذا مستطاع الحدوث متى كانت العمليات الجراحية طفيفة : كاستخراج ابرة كسرت في يد خياطة او استئصال كيس دهني او رد كسر الكعبرة وتثبيته وسوى ذلك ٠

ومتى كانت الافة تستدعي الاسراع كحادثة دهس او انسداد امعـاء يجرى التوسط الجراحي في الحال غير ان هذه السرعة لا تنفي التأمل والتحضير القصير٠ ولكن اذا كان المريض مصاباً بالتهاب المرارة المزمن او بحصاة كلوية ولم يبضع في اليوم الثاني لدخوله المستشفى فلا يجوز له ان يعجب لهذا الابطاء كما نرى في اكثر الاحيان فعلى الاطباء ان يزرعوا في عقول مرضاهم هذا الامر

لان المريض لا بد من درسه درساً دقيقاً وتحري درجة متانته قبل اجراء اي العمليات له ولو كانت في دورها البارد لكي تكون جميع شروط النجاح متوفرة له ·

ومتى كانت البنية فتية قوية سليمة تحملت العمل الجراحي جيداً ومتى استنتج من معاينة اجهزته جميعها انها سليمة وكان التوتر الشرياني قريباً من حدوده الطبيعية ولم يكن في البول عناصر غريبة ومتى كانت بولة الدم في حدها الطبيعي وكان تخثر الدم كذلك كان الخطر الجراحي قليلاً جداً ·

غير ان المعدين للعمليات الجراحية لا تتوفر فيهم جميع هذه الشروط فعلينا اذن ان نتحرى درجة اقترابهم منها او ابتعادهم عنها لنستنتج من حالتهم درجة الخطر الجراحي وعلينا ان نقربهم ما امكنا من الشروط الطبيعية الحسنة قبل ان نجري العملية لهم ·

كل هذا يدعونا الى قبول المريض وتركه في المستشفى عدة ايام قبل بضعة لكي نتمكن من معاينة اعضائه واخلاطه ولكي يستريح جسده لان الراحة بضعة ايام تنشط دفاع الجسد وقوته المعنوية · فانه يرى المبضوعين ويسمع حديثهم فيطمئن باله الى العملية التي كان يخافها وفي الوقت نفسه تطرد سمومه وتقوى اعضاؤه بجميع الوسائط الممكنة حتى تجابه الصدمة الجراحية وتتحملها جيداً · والراحة في عمليات الفتوق نفسها واجبة لكي تستعيد العضلات نشاطها بعد ان يكون المريض قد استراح في فراشه بضعة ايام واذا تركنا التعفن جانباً وتساءلنا عن سبب الخيبة في بعض العمليات المهمة عرفنا ·

ان النسج جميعها بعد التخدير تصاب بتلف شديد فان المواد الازوتية

تحرر في البنية وتسممها تسمماً حاداً قد يكون مميتاً متى كانت الاعضاء المفرغة والمعدلة لا تقوم بوظيفتها حق القيام . وان نزفاً قد طرأ ولم يستطع ايقافه ولست اعني به هذه النزوف التي تقف بالربط بل هذه النزوف المبهمة التي تتدفق من سطح واسع ولا يستطاع التغلب عليها فتفقر دم المريض وتضعف متانته وتعيده عاجزاً عن التغلب على اصغر العراقيل هذا اذا لم يقض نحبه في الساعات الاولى التي تعقب العملية على الرغم من الاحتياطات الدقيقة التي اجريت له . فلنحذر دائماً النزف الناشىء من تقصير الكبد .

وقد لا يتمكن المريض من تحمل الصدمة الجراحية كأن بنيته قد اصيبت بالذهول ووظائفه الحيوية قد شلت فيها وجهازه العصبي قد خار ووهن اثر عملية جراحية طويلة المدة .

فعلينا ان نعاين معاينة سريرية تامة جميع المرضى المعدين لتوسط جراحي مهم دفعاً للطوارىء الممكنة الحدوث .

وقياس التوتر الشرياني يوقفنا على حالة جهاز الدوران وعلاقته بالأجهزة الاخرى ولا سيما الكلية وما اذا كانت تقوم بوظائفها حق القيام او اذا كانت مختلة . فمتى كان التوتر الاقصى منخفضاً والادنى مرتفعاً خشي من قصور القلب ولا يجوز البضع اذا كان التوتر الاقصى اقل من ٩ والأدنى من ٥ فعلى الجراح ان يتذرع بجميع الوسائط للاقتراب من الحالة الطبيعية .

وتحري العناصر غير الطبيعية في البول الاحين والسكر وحامض الخل الثنائي يوقفنا على حالة الكلية والكبد .

فالآحين دليل على عطب الكلية ومنبه لنا لتحري التهاب الكلية . والسكر

دليل على الداء السكري الذي يدعونا كشفهُ في المريض الى اخذ الاحتياطات اللازمة دفعاً للعراقيل الجراحية الخطرة التي قلت جداً بعد كشف الانسولين وحامض الخل الثنائي علامة على تسمم البنيــة بالحموضة ونذير السوء اذا مـا اجريت العملية مباشرة · لان بقاء القلوية في البيئة الداخلية لا مندوحة عنه ولان نفاد هذه القلوية وظهور الحموضة مكانها دليل على ان الكبد لا تحسن وظيفتها ·

وتجب معايرة بولة الدم (urée sanguine) فهي في الحالة الطبيعيــة بين ٠٫٣٠—٠٫٤٠ سنتغم فمتى اختلت وظيفة الكلية اختــلالاً كبيراً اجتمعت الفضلات في الاخلاط بعد العملية وكان الموت نأسراً (par urémie) بعــد بضعة ايام ·

واذا لم يكن مخبر قريب لمعايرة البولة فهناك اختبار بسيط يمكننا من تحقق كيفية افراز المريض للبولة واعني به كيفية افراز الفانول سولفون فتالئين الذي يخضع انفرازه للشرائــع نفسها التي تخضع لهــا البولة · فبعد ان يبول المريض (وتستخدم هذه الكمية لتحري العناصر غير الطبيعية الآحين والسكر وحامض الخل الثنائي في البول) يسقى قدح ماء بارد وتحقن اليته او كتلته العجزية القطنية بسنتمتر مكعب واحد من محلول فيه ستة ملغرامات من الفتالئين ·

ثم يجمع البول بعد الحقنة بسبعين دقيقة · ويعاد قلوياً باضافة ٣ سم٣ من مغسول الصوده اليه فينقلب لونه احمر متفاوت الاشباع ·

ويضاف اليه من الماء المقدار اللازم ليصير المجموع لتراً ويقابل لون البول الممدد بلون انابيب شواهد من الفتالئين بمقياس لون برونو او ليان سيغوره

فمتى كانت وظيفة الكلية طبيعية افرزت من الفتالئين المحقون به في ساعة وعشر دقائق ٥٠ — ٦٥ ٪ من مجموع الفتالئين فاذا كانت الكلية مريضة افرزت اقل من ذلك ·

ويستحسن تحري وقت نزف الدم وتخثره ولا سيما متى كانت العملية تجرى على الكبد او الموثة (البروستاة)· فلكي نعلم وقت النزف (وهو ثلاث دقائق في الحالة الطبيعية) تشق شحمة الاذن شقاً طوله ملمتر او ملمتران فاذا انصب الدم اكثر من ست دقائق حذار من العملية واذا استمر ٨—١٠ دقائق وجب عدّ الشخص مستعداً للنزف ومعالجته المعالجة اللازمة قبل العملية ·

واما زمن التخثر فيعرف ببزل الوريد واستخراج سم[٣] واحد من الدم بحقنة زجاج ووضعها عموداً بدون تحريك فاذا تخثر الدم فيها بعد ٥ — ٦ دقائق كان التخثر طبيعياً · واذا طال تخثره خشي من النزف واذا كانت جميع هذه الاختبارات غير مرضية كان على المريض ان يتبع نظاماً غذائياً ملائماً ومعالجة موافقة حتى تقرب هذه الاختبارات من الحالة الطبيعية ·

ويعطى المريض مقويات القلب والمبولات المتنوعة والمصل الغليكوزي والزيت المكوفر والاستركنين والديجتالين والثيوبرومين · وتكافح الحموضة بالمشروبات السكرية وثاني فحماة الصوده وقلة التخثير بكلورور الكلسيوم اربعة غرامات في اليوم في الايام الثلاثة التي تتقدم العملية والانثاما (anthéma) والهاموستيل او بنقل كمية قليلة من الدم ٢٠ — ٣٠ سم[٣] في المساء الذي يسبق العملية ·

واذا كان المريض فقير الدم جداً نقل له من الدم كمية كبيرة ·· ويحمم

المريض وتنظف اسنانه وفمه وانفه · واذا كانت العملية على المعدة تغسل معدته ويترك بعد كل غسل في معدته ربع لتر او نصفه من الماء القلوي لدعم القلوية في الجسد ·

واجتنابا لذات القصبات والرئة الكثيرة الحدوث بعد عمليات انبوب الهضم يستحسن استعمال الماء اليودي بحسب طريقة غراغوار او الاستلقاح (vaccinothé-rapie) بالمكورات المعوية (entérocoque) كما يصنع لمبرت او بالمكورات العقدية والعنقودية او الرئوية او بلقاح متعدد القوى (polyvalent) حسب اختيار الطبيب ونحن نستعمل هنا المصل المضاد للمكورات الرئوية للاشخاص الطاعنين في السن قبل اجراء العمليات لهم ·

وكان الصيام والمسهل في ما مضى امراً لا مندوحة عنه في تحضير المريض للعملية الامر الذي كان يضعف قوة دفاعه ويجعله في اسوإ الشروط لاحتمال الصدمة الجراحية ·

فالصيام السابق للعملية يسهل حدوث الحموضة لان الشخص ينفق من شحمه ويصرف ما ادخر من مولد السكر (غليكوجن) مع ان الواجب يقضي بادخار كمية كبيرة منه في الكبد وهذا ما يدعونا الى تغذية المريض كثيراً وطويلاً قبل العملية مع مراعاة العضو الذي ستجرى عليه العملية

والمسهل ينقص مائية الجسد ويفرغ الكبد وتحتقن منه الكلية ويجلب التبويل (oligurie) وينقص انفراغ المواد المفرزة مع البول وتحتقن به الامعاء ويسهل حدوث الألم الذي تولده الغازات ويزيد حمة الجراثيم ويولد التهاب الامعاء والكولون الحقيقي وهذا ما يجب اجتنابه متى اجرينا عمليتنا على الانبوب

المضمي . واذا كان لا بد من افراغ الامعاء فلنستعمل حقنة شرجية فاترة كبيرة ولنكررها اذا اقتضت الحال .

ويستحسن في الايام التي تسبق العملية ان يسقى المريض كثيراً من الماء لكي تغسل كليتاه وان يعطى قليلاً من اللحم وكثيراً من الاثمار ومدقوق الخضر لكي يذخر كثيراً من مولد السكر . وان يعطى من ثاني فحماة الصوده غرامين قبل كل طعام لتعديل قلويته .

ولست ارى حاجة الى ذكر التعقيم الشديد واتباع احسن الطرق الجراحية يوم العملية لان في هذا سر النجاح وتحضر ناحية العملية بتضميدها بالكحول او بالكحول الايودية الخفيفة .

ولكن هنالك خطراً لا بد من اجتنابه وهو التخدير . ان اختيار المخدر لا يزال الجدال حوله شديداً ومما لا شك فيه ان جميع المخدرات تميت وهذا ما يدعونا الى اختيار اخف المخدرات تسمماً واسهلها استعمالاً .

اما الكلوروفورم فيجب تركه لانه اشد المخدرات سمية فهو يميت بالغشي الابيض منذ استنشاق ابخرته الاولى ويميت بعد حين بتسميمه للكبد . غير ان الحوامل في اثناء وضعهن والاولاد يحتملونه بسهولة .

واما بروتوكسيد الازوت فانه يستدعي جهازاً معقداً ومخدّراً متمرناً .

واما كلورور الاثيل فلا يستعمل الا في العمليات القصيرة ويستعمله شافسو في استئصال الموثة ويُستخدم قناع شابو وحبابة فيها ٣ سم[٣] منه ومدة التخدير فيه ثلاث دقائق . واذا نشق طويلاً كان خطراً ومميتاً ايضاً لان الحجاب يقف في حالة الشهيق ولا يفيد التنفس الاصطناعي وجميع من يستعملونه يخشون عواقبه .

واما المخاليط كمزيج شليخ فصعبة التحضير ·

بقي علينا ان نذكر ما نستعمله نحن : جميع العمليات التي يستطاع اجراوءها بالتخدير الموضعي نفضل فيها هذا المخدر · وانني استعمل الالبين الذي كان مستعملاً في الشعبة من قبل محلولاً بنسبة ١ ٠/٠ غير انني افضل محلول الكوكايين بنسبة ١ — ٢٠٠ وجميع العمليات المهمة الواقعة تحت السرة نجريها بالتخدير القطني

والعمليات الواقعة فوق السرة نستعمل فيها الايثير عادة بجهاز امبردان ونستعمل الايثير ايضاً في جميع حالات نقص التوتر الشرياني لانه رافع للتوتر متى كان المرضى لا يتحملون التخدير القطني ·

اما التخدير القطني فنجريه بين الثانية والثالثة او الثالثة والرابعة القطنيتين فبعد ان نكون ملأنا المحقنة بالمخدر نبزل القطن بابرة توفيه الدقيقة المجهزة بشنطب (mandrin) ننزعه بعد دخول الابرة فينصب السائل الدماغي الشوكي بينما نأخذ محقنتنا وندفع السائل المخدر منها بدون ان نمزجه بالسائل الدماغي الشوكي وبلاإسراع او ابطاء · ويترك رأس المريض عالياً بضع دقائق ثم يضجع مستوياً او منخفض الرأس اذا اقتضت الحاجة ·

وبعد ان جربنا عدة مخدرات النوفوكايين والسنكائين وغيرهما هذه المواد التي يقال فيها انها اقل تسمماً غير انها في الوقت نفسه اخف فعلاً حتى انها كانت تضطرنا الى استعمال مقادير كبيرة منها فكانت تحدث بعض العوارض، عدنا الى طريقة ابادي (Abadie) : بنين (كافئين) تحت الجلد قبل التخدير القطني بنصف ساعة وستوفائين · اما المقادير التي نستعملها فهي في الغالب اربعة سنتغرامات

وكثيراً ما نكتفي بثلاثة فقط والمحلول الذي نستعمله هو سنتغرامان في كل سم^٣ .
واننا لراضون عن هذه الطريقة لاننا نجني منها النتائج الحسنة على ان يكون المحلول حديث العهد اي لا تكون قد مرّت على تحضيره سنة .

ومضاد الاستطباب الفرد الذي يمنعنا عن استعمال التخدير القطني هو خفة التوتر الشرياني والتسممات الكبيرة او تنبهعصبية المرضى ورفضهم. لهذا النوع من التخدير وحداثة السن . وحسنات هذه الطريقة تختصر بان المخدر لا يسيء الى الكبد ولا الى الكليتين ولا يحدث عراقيل رئوية او صدمة وانه يجعل الاحشاء في سكون تام و يستغنى به عن شخص مخدر واما المحاذير فخفيفة: صداع في الغد مدته ٤٨ ساعة اذا وجهت انظار المريض الى هذه الجهة وهو يسكن اذا كان موءلماً بحقن الوريد باربعين سم^٣ من الماء المقطر حسب طريقة لريش .

يقولون انه لا يجوز استعمال التخدير القطني في الزهريين ولعلهم محقون متى كانوا في الدور الاول من دائهم اننا قد استعملنا هذا التخدير في عدة مرضى لم نكن نعلم انهم مصابون بالافرنجي واستعملناه ايضاً في زهريين قدماء كنا نعالجهم بقصد تحضيرهم للعمليات فلم نر محذوراً من كل هذا .

وقد اعتاد المرضى هذا التخدير فاصبحوا يسألوننا اجراءه . ومتى كان مانع يمنع التخدير القطني يستعمل الايثير بجهاز امبردان وقد سهل هذا الجهاز استعمال هذا المخدر كثيراً . تتحمل الكبد الايثير اكثر من الكلورفورم و يتم التخدير باستنشاق مزيج من الهواء الصرف وابخرة الايثير وهواء الزفير نعني به حامض

الكربون الذي هو منبه للبصلة وصائن للنشاط التنفسي

يصب في جهاز امبردان ١٥٠ غم من الايثير ويطبق على الوجه مع السهر على منع الهواء عن الدخول بين القناع والخدين ويدخل ابهاما المخدر في حلقتي الجهاز الجانبيتين والاصبعان الاخيرتان ترفعان زاويتي الفك دافعتين الفك الى الامام · وتترك اليد اليسرى الجهاز اونة بعد اخرى لكي تدير المفتاح وتتحرى الانعكاس القرني ·

يترك الجهاز دقيقتين على الصفر ثم ترفع الابرة المشيرة نصف درجة كل نصف دقيقة حتى تصل الى العدد ٥ او ٦ فينتظر اذ ذاك ٧ - ٨ دقائق ريثما تزول الانعكاسات ومتى نام المريض تعاد الابرة حتى الدرجة الدنيا اللازمة للاستمرار على التخدير والمعادلة لثلاث درجات ونصف الدرجة في الرجال و٣ في النساء و٢ في الاولاد و١ في الاطفال · ومتى بدىء بالتخدير لا يجوز رفع القناع الا متى كان اللعاب غزيراً ·

واذا سعل المريض دل ذلك على ان مقدار الايثير كبير فوجب خفضه تدريجياً او الرجوع الى الصفر حتى يعود التنفس الى نظمه الطبيعي فيعاد التخدير واذا قاء المريض لا يجوز رفع القناع والا تضاعف الغثيان بل يجب حني الرأس الى احد الجانبين ورفع الابرة ليزداد التخدير فتعود المياه الى مجاريها بعد بضع ثوانٍ فينظف حينئذٍ القناع والمريض لانه اذا رفع القناع دخل الهواء الصرف الرئتين فوقف التخدير وافاق المريض ويجب ان يسترشد المخدر بالحس القرني في التخدير بالايثير · ولكي ينقل المريض بدون ان يعتريه غثيان او قيء يجب ان يكون قد بلغ التخدير فيه درجته التامة قبل ان يحرك · وبعد ان ينتهي

التخدير و يرفع القناع يستحسن وضع رفادة رطبة على انف المريض لكي لا يتنفس مباشرة الهواء البارد ٠

وقد وقع في شعبة الجراحة حادثتا غشي تخديري في مريضين خدر احدهما بالايثير والاخر بالكلوروفرم فعولجا بحقن القلب بالادرنالين حسب طريقة توبا وشفيا ٠

وعليه يجب ان يكون في قاعة العمليات حباب ادرنالين في كل منها ملغرام ومحقنة وابرة معقمتان طول الابرة ٥ — ٧ سم (ابرة تخدير قطني) وهذا الامر ننتبه له دائماً ونسأل الممرضة عنه كل حين ٠

فاذا اصاب المخدَّر غشي واستعملت الوسائط العادية لاعادته الى الحياة ولم تنجع يجب قبل ان تمر ثلاث دقائق على بدء هذه العارضة ان تغرز ابرة في الورب (الفاصل بين ضلعين) الرابع ملامسة لحافة القص اليسرى ولحافة الغضروف الخامس العليا ثم تحنى الابرة قليلاً الى الانسي نحو السرة وتدخل حتى يخرج منها الدم و يحقن بسم[٣] او سنتمترين مكعبين من محلول الادرنالين ٠ وحقن عضلة القلب تكفي و يثابر على التنفس الاصطناعي حتى تعود المياه الى مجاريها ٠

و يجب ان يوقى المريض من البرد حين نقله من قاعة العمليات الى غرفته فتغطيته اذن جيداً واجبة ٠ و يلاحظ ان بعض المخدرين بالايثير يعرقون عرقاً غزيراً فيجب الاحتراز من هذا العرق الغزير والبرودة التي قد تعقبه ٠ يوضع المريض في فراش دافىء و يضجع على ظهره و يدفأ بحمات (bouillotes) ولكن حذار من حرق اخمصي القدمين في المخدرين تخديراً قطنياً لان هذا الحرق قد يكون اشد وخامة من العملية نفسها وقد يستدعي معالجة اطول منها ٠

ولا يجوز ترك المضوع قبل ان يفيق بـل تجب مراقبته لئلا يجلس او ينزع ضماده والخ ..

وهذا العمل تقوم به الممرضة وهو من اهم واجباتها لانها تتحاشى به معظم العوارض . وقـد تكون وضعة فولر (نصف جلوس) مشاراً بهـا بعدئذ ولا بد من انهاض القلب واعطـاء المريض الذي يقيء ماء ليجدد به ما فقده وتسهيل البول بجميع الوسائط والسهر على وظيفـة الكلية التي تفرز الفضلات التي عدلتها الكبد ام لم تعدلها . وينفع في هذه الحالة حقن تحت الجلد بالمصل الملح بنسبة ٩ بالالف او بالمصل الغليكوزي بنسبة ٤٥ بالالف ولا سيما في المصابين بامراض الكلية اواجراء التقطير المستقيمي حسب طريقـة مورفي (لتران الى اربعة التار في اليوم) ويفضل بوشه على هذه الوسائط المستعملة في مكافحة الاعياء وخفة التوتر الشرياني نقل كمية كبيرة من الدم . واذا بدت حموضة الدم وكان لا بد من الاسراع يحقن الوريد بمائة وخمسين سم[٣] من مصل انر يكاز الغليكوزي الزائد التوتر بنسبة ٣٠٠ في الالف وذلك مـع القلويات او بدونها .

ويفكر في بعض الحالات الاخرى بنقص الكلورور فيكافح هـذا الامر بحقن الوريد بالمحلول الملحي بنسبة عشرين في المائة (٥ مرات في اليوم وكل مرة ٢٠ سم[٣]) حسب الطريقة التي اشار بها غوسه وبينه وباني دوتايه حديثاً .

وعدا الرقابة الطبية الجراحية الحـ ثانية بضرورة ممرضة حاذقة يعهد اليها بمراقبة المبضوع مراقبة دقيقة وشمله بالاعتناءات الضرورية ولا سيما نظافـة جسده واثوابه وفراشه ومراقبة عجزه . ولا بـد من معرفـة بعض العوارض

الكثيرة الوقوع بعد العمليات والتي تسهل مكافحتها :

فالألم يسكن بقليل من المورفين يحقن به المريض الا اذا لم يكن ما يمنع الحقن به مساء العملية لان نوم المريض في ليلته الاولى ضروري ·

ويكافح الألم الناجم من توسع العرى المعوية بالغازات بوضع مسبار شرجي يدخل عاليا لتخرج منه الغازات ·

وقد تستدعي الاقياء غسل المعدة · واما توالي العملية فاما ان تكون بسيطة او معرقلة · فاذا لم يطرأ طارىء جاز للمصابين بافات الطرف العلوي او الوجه او العنق او الثدي ان يتركوا السرير قبل اندمال جرحهم · واما المصابون بآفات الجذع والبطن والطرف السفلي فلا يجوز لهم الوقوف الا بعد اندمال جروحهم اي ١٥ - ٢٠ يوماً بحسب الحالات · ولكن بما ان المرضى هنا لا يطيعون الطبيب ولا يتقيدون بارشاداته فانني اخيط جدار البطن طبقة واحدة بخيوط الشبه (bronze) فاذا نهض المرضى من اسرتهم يوم العملية نفسه فلا تندفع العرى المعوية تحت الجلد كما قد يرى احياناً بعد خياطة الجدار طبقة طبقة خياطة متقنة بالحمشة (كاتغوت) في اليوم الثامن حينما تنزع العقارب (agrafes) ·

التقيح اللثوي

لطبيب الاسنان الدكتور ابرهيم قندلفت

لقد تبين من الاحصاءات التي اجريت في الولايات المتحدة في السنة الماضية ان ثمانين بالمائة ممن تجاوزوا الاربعين من العمر مصابون بالتقيح اللثوي في احدى درجاته فهال هذا الامر اطباء الاسنان في تلك البلاد فعقدوا موءتمراً في مدينة نيو يورك اقتصرت ابحاثهم فيه على هذا الداء الوبيل من طرق الوقاية منه الى كيفية اكتشافه وتشخيصه وهو في دوره الاول الى طرق معالجته اذا استفحل · ولما كان تفشي هذا الداء لا يقل في بلادنا عن بلاد الاميركان رأينا ان ننقل لقراء هذه المجلة اهم ما قيل في ذلك الموءتمر مبتدئين بطرق الوقاية من التقيح اللثوي فنقول :

أياً كان نجاح الطبيب في معالجة احد الامراض فان الخدمة التي يوءديها هي ثانوية اذا قورنت بالفائدة العظيمة التي تنتج من اتخاذه الاحتياطات اللازمة لمنع حدوث ذلك المرض لا سيما اذا كان المرض جراحياً لان الجراح ولو كان ماهراً لا يستطيع ان يعيد للمريض جميع ما افقده اياه ذلك المرض · وليس ادل على صحة هذا القول من الامراض التي تنتاب النسج المحيطة بالاسنان كمرض فنسن والتقيح اللثوي · فمن خصائص هذين المرضين انهما يتلفان النسج المحيطة بالاسنان فالاول يتلف اللثة والثاني الحافة السنخية نعم لا ننكر ان هذين المرضين قد يشفيان غير انه لم تعرف حتى الان واسطة لتجديد

النسج المذكورة بعد تلفها بل تبقى اللثة متراجعة والاسنان متخلخلة والجـذور مكشوفة شديدة الاحساس ٠

ولا يخفى ان الخطوة الاولى للوقاية من اي مرض كان هي معرفة اسبابه فاذا لم تعرف هذه تمام المعرفة وتتخذ الوسائل الضرورية لازالتها كانت الجهود المبذولة لمنع ذلك المرض عن الحدوث قليلة الفائدة ان لم تكن مجردة عنها ٠ لذلك قل من نجح في منع التقيح اللثوي او شفائه اذ ان الاسباب الحقيقية لهذا المرض لا تزال مجهولة على الرغم من التقدم السريع الذي حصل في السنوات الاخيرة في هـذا المضمار فاذا أمعنا النظر في اسباب التقيح اللثوي رأينا المنطق يحدو بنا الى قسمتها ثلاثة اقسام (١) ينطوي تحت القسم الاول تلك العوامل التي تعود الى اسباب جهازية (٢) وينطوي تحت القسم الثاني العوامل الموضعية الخاصة بكل حالة من الحالات (٣) واما القسم الثالث فيشتمل على العوامل الموضعية المشتركة بين جميع الحالات على السواء ٠

فمن عوامل القسم الاول الوراثة وتشوشات التحول وعدم انتظام التغذية وما شاكل من العوامل التي تؤهل نسيج الفم لقبول المرض اذا توفرت الاسباب الموضعية حتى انه قد يكون البول السكري العامل الرئيس في كثير من حالات التقيح اللثوي ٠ وقد وصف غوتليب (Gottleib) نوعا من التقيح اللثوي يتميز عن الانواع الاخرى بضمور العظم ذلك الضمور الذي هو في اعتقاده السبب الرئيس للتقيح اللثوي لكنه ليس سبباً موضعياً بل مظهراً موضعياً لحالة جهازية مرضية ٠

اما القسم الثاني من الاسباب فيشتمل على تلك العوامـل الموضعية التي

قد تكون او لا تكون في جميع حالات التقيح كتعفن الفم وانحباس فضلات الطعام بين الاسنان وضغط الإطباق الزائد وسوء الاطباق الخ وهذه العوامل وان تكن ثانوية في الاهمية ذات تأثير يذكر و يجب الانتباه لها في محاولة منع التقيح اللثوي او شفائه ٠

نأتي الان للقسم الثالث من العوامل وهو الاسباب الرئيسة في احداث التقيح اللثوي التي تكون في جميع الحالات على السواء وأهم هذه العوامل الجراثيم ٠ غير انه لما كان التعفن لا يحدث الا متى ضعفت المقاومة وجب عدّ هذا العامل اي ضعف المقاومة من جملة العوامل الموضعية التي لا بد منها في كل حالة من حالات التقيح اللثوي ٠ ولا بد لحدوث التقيح كانت الاسباب المذكورة انفاً جميعها او بعضها من وجود هذين العاملين اي الجراثيم وضعف المقاومة ٠ فمرض فنسن (Vincent) سببه جرثوم خاص به اما التقيح اللثوي فسببه الجراثيم العنقودية والسلسلية وان تكن هذه ليست خاصة به ٠

الوقاية من التقيح اللثوي: يستنتج مما تقدم ان الاسباب المباشرة والرئيسة للتقيح اللثوي هي ضعف مقاومة النسج ووجود الجراثيم ٠ اما بقية الاسباب التي ذكرت اعلاه تحت القسمين الاول والثاني فليست سوى عوامل مهيئة للمرضى باضعافها قوة النسج عن مقاومة الجراثيم ٠ لذلك كان لا بد في محاربة هذا الداء من توجيه الجهود الى زيادة قوة المقاومة في النسج من جهة واتلاف جراثيم الفم من جهة اخرى فالامر الاول اي زيادة قوة هذه المقاومة تتكفل به الطبيعة وذلك بقيام الاسنان والنسج المحيطة بها بوظائفها الخلقية حق القيام ٠ فقد كان طعام الانسان الاول خشناً صلباً وفي اغلب الاحيان نيئاً يحتاج الى مضغ شديد

لذلك كان التقيح اللثوي غير معروف عنده . اما اليوم فاكثر طعام الانسان المتحضر لين لا يحتاج الا الى مضغ قليل فلا ترتاض الاسنان والفكان وما يحيط بها من النسج الرياضة الكافية الامر الذي ينشأ منه سوء تكون الفكين وصغرهما وانحصار الاسنان وشدة قابليتها مع النسج المحيطة بها للامراض . لذلك كان من الضروري في محاربة التقيح اللثوي ان توجه الجهود الى تنبيه القوى الحيوية الكامنة في هذه النسج وذلك بجعلها تقوم بالوظيفة التي خلقت لها . فيوعز للمريض باستعمال الاطعمة الصلبة والخشنة التي تحتاج الى كثرة المضغ فترتاض الاسنان والنسج المحيطة بها رياضة طبيعية تقرن بالرياضة الاصطناعية باستعمال العسيل (الفرشاية) .

استعمال عسيل الاسنان : على الرغم من كل ما كتب وقيل عن اضرار العسيل حتى ان منهم من قال بوجوب طرحه جانباً اقول على الرغم من كل ذلك فالعسيل لا يزال اهم الوسائل لاتقاء الامراض السيئة ومعالجتها . ويجب على كل من يستعمل العسيل ان يعلم ان التمسيد والتنبيه اللذين يحصلان للنسج المحيطة بالاسنان من استعماله هما مساويان في الاهمية للتنظيف الذي تحصل عليه الاسنان نفسها فاذا اقتصر في استعمال العسيل على تنظيف الاسنان فقط ضاعت نصف الفائدة المتوخاة على انه يجب تدريب المريض على استعماله حتى يجتنب الاضرار بالنسج الرخوة .

ويلي استعمال الغسيل في الاهمية الانتباه لاعادة تماس الجوار بين الاسنان اذا كان مفقوداً واصلاحه اذا كان مغلوطاً اذ ان ضغط الطعام للاعمار (اللثة ما بين الاسنان) يوءدي الى تهيجها والتهابها فتصبح في حالة من المقاومة ضعيفة لا تقوى على رد غارات الجراثيم . كذلك يجب تخفيف الضغط الزائد عن

بعض الاسنان ذلك الضغط الناشىء من فقد الاسنان المجاورة وذلك بالتعويض عن الاسنان المفقودة باخرى اصطناعية ·

هذا من جهة حفظ نسج الفم في حالة الصحة وقوة المقاومة · اما من جهة اتلاف الجراثيم او تقليلها على الاقل فان ذلك يتم باستعمال المساحيق والمعاجين المطهرة مع العسيل وغسل الفم عـدة مرات في اليوم بمحلول مضاد للجراثيم ومع الانتباه لتنظيف ما يعلق بين الاسنان من فضلات الطعام امـا بالعسيل او بالخيوط الحريرية المصنوعة خصيصاً لهذه الغاية ·

(يتبع)

ضرر الاشربة الروحية

للدكتور مرشد خاطر الاستاذ في معهد الطب بدمشق

دعت رئيسة جمعية منع المسكرات في دمشق صاحب هذا المقال لالقاء محاضرة في حفلة اقامتها في النادي الكاثوليكي فلبى الدعوة والقى هذه الخطبة التي ننشرها على صفحات هذه المجلة لعلاقتها بخطة مجلتنا ولما لها من الفائدة الادبية

(المجلة)

في دمشق نهضة مباركة علينا ان نمدّ اليها يد المساعدة وندفعها الى الامام بكل قوانا ، في دمشق تنبه فكري جديد يجدر بنا ان ننشطه ونعلو به ما استطعنا في افق الرقي والنجاح ، في دمشق فئة تعمل عملها النافع وتسدي الى البشرية خير الخدم والفوائد وهي لا تطلب عن عملها جزاءً ولا ترمي من وراء فعلها الى مناصب او جاه أو شرف بل تعمل الخير حباً بالخير وتصنع البر حباً بالبر وهذا لعمري منتهى السمو في الاخلاق والعلو في المبادىء ، في هذه المدينة عصبة من السيدات الفاضلات رأين بعض العادات قد استفحلت واضرت فهببن الى مناهضة هذه العادات السيئة وتقليص ظلها ابصرن ان الشبيبة سائرة الى الخمول والانحطاط فقمن قومة واحدة الى انهاض الشبيبة من هذه الكبوة والعودة بها الى السراط المستقيم وما هذه الفئة ايها السادة الا هذه العصبة المباركة التي شرفتنا اليوم بدعوتنا الى هذا النادي الكريم واذنت لنا بالكلام لطفاً وكرماً مع اننا كنا

تمنى ان نسمع ونعي لا ان نتكلم وننثر هذه الفئة قامت لمحاربة المسكرات في مدينة عمّ فيها هذا البلاء واستولى هذا الوباء انه لعمل كبير يذكر بالاعجاب لان الحكومات مع ما لديها من القوة والعدد قد احجم معظمها عن اتيان هذا العمل وامتنع عن الاقدام عليه مع تحققه لنفعه وتأكده لفائدته وهذه الفئة النشيطة لم تخر عزائمها ازاء العمل الشاق المجيد الذي اخذت على عاتقها القيام به ذلك لان الكلام افعل في النفوس من الحراب ولان الاقناع اشدّ تأثيراً من الاكراه والاجبار .

فالى كل سيدة من سيدات هذا النادي الكريمات ارفع احترامي واجلالي مقروناً بالاعجاب

من الطلبات سيداتي وسادتي ما يرد ومنها ما لا يرد ومن الثانية هذا الطلب الذي وجهته اليّ رئيسة الجمعية الفاضلة عقيلة العصامي الكبير والنابغة العلامة فارس بك الخوري فقد شاءت ان تشرفني بالمثول امامكم في هذا المساء بدعوتي الى الكلام وفي هذا لذة لي وشرف اقدرهما قدرهما غير اني اعتذرت مبيناً لحضرتها الاشغال الكثيرة التي يطلب مني انجازها والوقت القصير الذي لا استطيع توسيعه لانني لم اوهب قوة يشوع بن نون ولا عظمته فلم يلاقِ عذري لديها قبولاً فامتثلت واطعت والطاعة خير من الذبيحة وجئت اكلمكم في موضوع اقترحته عليّ حضرتها وهو ضرر الاشربة الروحية

هذا الموضوع ايها السادة

رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه من قسمه عدة اقسام وتخصيص كل قسم منها بمحاضرة خاصة دون ان يفيه حقه من الاتقان لان من نظر الى

الخمرة واضرارها تمثلت امامه في الحياة مشاهد يجدر بكل منا ان يتخذهـا عبرة لنفسه وان يطبعها في مخيلته ليتعظ بها مجتنباً الخمرة وتأثيرها اجتناب الافعى ولست احاول سيداتي وسادتي ان امثل امامكم هذه المشاهـد جميعهـا والوقت لا ينفسح لمثل هذا الاسهاب بل غايتي وقد عين لي الموضوع الذي اتكلم فيه ان اضمّ هذه الرسوم بعضها الى بعض لأُريكم فعل الاشربة الروحية الضار، غايتي ان اجمع هذه الزهرات الكريهة الرائحة واؤلف منها باقة لا لأقدمها لكم بل لأُريكم اياها عن بعد فيتحقق كل منكم سماجتها ويشم رائحتها النتنة الكريهة فيسعى الى ابعادها عنه ما استطاع ٠

قلت ان الموضوع رحب متسع الاطراف يتمكن الباحث فيه ان يلجه من بوابه المختلفة يستطيع الطبيب ان يجول فيه من الوجهة الطبية الصرفـة ولو كان المقام الذي اتكلم فيه نادياً طبياً لكنت حصرت كلامي في هذه الوجهة فقط وبينت ما للكحول من الضرر في جسد الانسان واظهرت بالمقاطع والرسوم التشريحيـة المرضية تأثيرها في نسج الاعضاء السائرة وتبديلها لها واتلافها اياها حسبما تبـدو ابالمكبرات التي ترينا حقائق كانت غامضة لا تدركها أُعيننا المجردة قبـل ان كشفها العلم ٠

ويستطيع عالم الاجتماع ان يجول فيه جولة جميلة مبيناً اضراره الفادحة من الوجهة الاجتماعية ومقابلاً الشعوب التي تعاقر الخمرة بالشعوب التي تنهاها عاداتها او اديانها او حكوماتها عن معاقرتها ومحصياً الجرائم في كل بلد من هذه البلدان فيكون درسه هذا امثولة جزيلة الفائدة يجدر بكل شخص ان يعيهـا وعبرة لمن لا يزالون يعتقدون بفائدة الخمرة رافعين عقيرتهم بالدفاع عنها

ثم كان يتطرق في بحثه الى درس اخلاق تلك الشعوب قبل تفشي عادة الأشربة الروحية فيهم وبعدها فيبين سمو تلك الاخلاق وترفعها عن الدنايا حينما كانت تلك الشعوب لا تعرف سوى الماء الزلال شراباً لها وانحطاط تلك الاخلاق بعد ان تخذوا الخمور لعطشهم منقعاً ولنفوسهم نديماً مظهراً بالارقام ضرر الخمرة وحاثاً على اجتنابها ·

ويستطيع عالم الاقتصاد ان يبحث في الامر بحثاً اقتصادياً جليل الفائدة مظهراً ضرر الخمرة في اقتصاديات الافراد والشعوب ومبيناً ان ثروة بعض البلدان التي تتجر بهذه الاشربة فتدرّ عليهـا الارباح الطائلة لا تقاس بخراب البلدان الاخرى التي تستورد تلك السموم القاتلة وتنفقها ولست اظنكم سيداتي وسادتي تنكرون ضرر هذه الاشربة من الوجهة الاقتصادية فما على كل منكم الا ان يمثل العالم ببيته الصغير الذي عهد اليه بادارة دفته فيرى ان النفقات التي يصرفها في سبيل الاشربة اذا كان ممن يدمنونها او ممن يقدمونها تتوف على نفقات الطعام ولا سيما في هذا العصر التي كثرت بها اسماء هذه الاشربة وانواعها فاستغنمت به البلدان التي تتجر بهذه السموم فرصة اقبالنا على صادراتها فنفحتنا كل يوم بعشرات من الاشربة الجديدة التي لا تختلف عما تقدمها الا بكونهـا اشد تسمياً واكثر فتكاً ·

وعلماء الاقتصاد ايها السادة ينظرون الى كل صغيرة في هـذه الحياة ولا يهملونها فاذا عهـد اليهم ببحث كهذا نظروا في جميـع دقائقـه فبينوا لنا ان الخمرة مضرة من الوجهـة الاقتصادية لا بالمال الذي ننفقه ثمناً لهـا فحسب بل بنقص قوة الانتاج الذي ينجم من تعاطيها او بعبارة اخرى ان العامل

الذي يتعاطى الخمرة يصرف قسماً كبيراً من اوقاته وليست كلها من اوقات الفراغ متلذذاً بها و كثيراً ما يدعو اصدقاءه واترابه الى معاقرتها معاً فيبدد بعمله وقتاً لو صرف لعمل منتج لكان أفاد اولئك الافراد فائدة كبيرة في اقتصادياتهم ولكان افاد البلاد التي يقطنونها ايضاً واذا اضفنا الى ذلك عجز متعاطي الخمرة عن القيام باعمال كان قادراً على القيام بها قبل تعوده اياهـا لانحطاط قوى جسده تبين لنا حينئذٍ ضرر الخمرة الجسيم من الوجهة الاقتصادية ·

و يتمكن علماء الامراض الروحية من الجولة في هذا الموضوع جولة جميلة كبيرة الفائدة لانهم يمثلون لنا فعل هذا الرسول الذي يرسله الانسان الى المعدة فيصعد الى الدماغ و يبلبل فيه كل وظائفه الحية من حس وحركة وقوى عاقلة و يدرسون امامنا كثرة الامراض العقلية في البلدان التي تكثر فيها صرفيات هذا السم القتال وخفتها في البلدان التي تحرّم فيها هذه الاشربة فيكون درسهم لذيذاً مفيداً ·

و يتمكن الاختصاصيون بتحضير الاشربة من القاء محاضرة بل محاضرات عن طريقة استحضار هذه المواد القتالة واستقطارها و يسهبون حينئذٍ بافضليـة بعضها على بعض و يروننا الالات والمعامل التي يقيمونها لهذه الغاية وهو درس مفيد من الوجهة الميكانيكية والكيماوية لان محاضرات كهذه تبين درجة الرقي التي بلغها هذان العلمان الكبيران ومفيد من الوجهة الاجتماعية ايضاً لانه يبين لنا الاوقات التي تصرف والعقول التي تذاب قواها في استحضار هذه المواد المعدة لتسميم البشرية

ترون اذن سيداتي وسادتي ان الموضوع رحب متسع الاطراف وان الوجهة

الواحدة التي يختارها الباحث تستوقفه ساعة بل ساعات دون ان يفيها حقها فما حيلتي اذن في موضوع كهذا مرن مطاط؟ ليست غايتي بعد هذه المقدمة التي بينت فيها اهمية الموضوع ان ألمَّ بجميع اطرافه بل غايتي كما قلت ان اصنع مزيجاً تدخل في تركيبه عناصر هذه الابحاث المختلفة وان اجعل العنصر المتغلب فيه اضرار الجسد كيف لا والمتكلم طبيب يلمسها بالعلم الذي خصص نفسه به ويستطيع البحث فيها باختصار ودقة مراعياً حالة سامعيه الذين لا صلة تربطهم بابقراط

ضرر المسكرات بالجسد: ينحصر هذا الضرر في كلمة واحدة وهي التسمم اذن المسكر يسمم الجسد وليس في هذه الكلمة اقل غلو ايها السادة لان هذا السم قتال تفوق قوته المسممة كثيراً من المواد السامة التي لا يجوز بيعها الا في الصيدليات ومخازن الادوية مع ان هذا السم مباح بيعه مباحة معاقرته علناً للفرد والجماعات

وهذا التسمم نوعان تسمم حاد وتسمم مزمن ونعني بالتسمم الحاد السكر اجل السكر وما اشد هذه الكلمة وطأة على النفوس واثقلها على العقول السكر ايها السادة هو فقد الصفات التي يتصف بها الانسان هو خسارة تلك الصفة السامية التي ميز بها الله الانسان عن جميع الحيوانات اعني بها العقل يفقد السكران اذن عقله فيعود حيواناً بكل ما في الكلمة من معنى لا يختلف في شيء عن الحيوانات العجماء سوى بوهن قواه الجسدية لان هذه اذا لم تتصف بالعقل فان لها من قوتها الجسدية ما يعيدها كبيرة النفع . رأى معظمكم السكران الثمل وابصروا بعيونهم اخاهم في البشرية وقد انحط من الدرجة السامية التي وضعه فيها الخالق الى ذلك الدرك السفلي الذي جعلته فيها الخمرة

رأوه في دور تنبهه وقد جاشت قوى عقله وجسده .

ابصروه وقد احتقن وجهه فكاد الدم يتفجر من وجنتيه وقد جحظت عيناه ولمعتا فكادتا تخرجان من وقبيهما كأنهما سراجان متقدان

رآوه وقد اشتدت قوى عضلاته وانقطع اللجام التي يلجمها اعني بــه لجام العقل فانقض على هـ لذا يذيقه من الضرب الواناً ويصفع ذاك فيريــه النجوم في رابعة النهار ويعض هذا باسنانه وانيابه مخدشاً جلده ومهشماً جسده

رأوه وقد انطلق لسانه فاسمع مستمعيه من الكلمات البذيئة مــا يندى له الجبين خجلاً وتحمر له الوجنات حياءً

رأوه لا يضع لكلامه حداً يحطم الهياكل ويدك المعابد ويسقط الحكومات ويثل العروش ويرمي بالتيجان الى الحضيض وينصب لنفسه عرشاً داعياً الناس الى عبادته والخضوع لشخصه الفريد واسمه الكريم

رأوه وقد تغلبت عليه العاطفة فثار ثائرها في نفسه ·

فبكى حيث لا مجال للبكاء وذرف الدمع سخيناً حيث لا داعي الى ذرف الدموع وفرح حيث لا مكان للفرح فاضحك وابكى وذكر الجحيم والنعيم واستعرض جيوش الموتى منذ أب الخليقة حتى ذلك اليوم المشؤوم الذي شرب الخمرة فيه

رأوه وقد دبت الخمرة دبيبها في خلايا دماغــه وتبلبل نطقه بعد تلك الفصاحة وتشوش لسانه بعد تلك الزلاقة واضطرب سياق افكاره بعــد تلك السلاسة اذا اراد التعبير ارتعش لسانه في فيه او اراد الايماء ارتجفت يــداه دون الغاية التي يرمي اليها او اراد الاشارة برأسه انحنى رأسه الى الامام او الى الوراء كأنه لا يملك قياده وهو بالحقيقة لا يملك ذلك القياد ·

رأوه وقد خانته الارادة يتكلم عن ماضيه وحاضره ويكشف اسراره وقد

كان يحافظ عليها اشد الحفاظ و يجاهر بعواطفه الغرامية وقد كان المحتشم الرزين ويسرد الاسماء وقد كان المتكتم الرصين ·

...

ثم رأوه في دور خموده ضعيفاً بعد التمنر وجباناً بعد الاستئساد وقد ذبلت عيناه المتقدتان واسترخت قدماه النشيطتان يترنح في مشيته و يتمايل في خطواته يسير يمنة و يسرة بعد ان فقد الموازنة لتسمم خلايا بصلته يتمسك بمن يصادفه مجتنباً الوقوع بعد ذلك الجبروت والعظمة و يستند الى جدران المنازل بعد تلك القوة ، اللعاب يسيل غزيراً من فمه والدمع ينهمر من عينيه والعرق البارد يبلل جبينه والشحوب يعلو وجنتيه · ولا يلبث ان تخور قواه فيهوي الى الحضيض على غير هدى مفترشاً الارض وملتحفاً السماء و يفقد شعوره وتمحى حسياته وتسترخي مصراته فيبلل اثوابه بمفرزاته القذرة و يتشوش تنفسه و يسرع قلبه وتتوتر شرايينه وتنتفخ أودجته وتهبط حرارته و يبقى بين الحياة والموت مدة من الزمن ريثما ينفرز هـذا السم القتال من جسده وتتحرر خلايا دماغـه من فعل هذا الضيف الثقيل فيستعيد قواه التي بددها وملكاته العقلية التي فقدهـا و يبقى بضعة ايام منهكاً تعباً

هذا هو مشهد السكران ايها السادة رسمته لكم في دوري تنبهـه وخموله ولست ارى نفسي فضولياً في رسمه مـع انني اعلم حق العلم انكم شاهدتموه مراراً والسكارى ليسوا بالنفر القليل في هذا البلد العزيز لانني ارغب ان ينطبع هذا المشهد الراعب في ادمغتكم واود ان يبقى ماثلاً امام اعينكم لتـذكروا اذا ما حدثتكم النفس الامارة بالسوء وحببت اليكم الكحول المصير الذي يصير اليه

السكير والدرك السفلي الذي يزج نفسه فيه ·

غير ان هذا المشهد الراعب الذي هالنا النظر اليه هنيهة من الزمن هـذا التسمم الحاد الذي شل حركة الجسد واخمد قوى النفس وادنى الانسان العاقل من البهيمة العجماء ليس شيئاً ازاء التسمم المزمن الذي تفعله الكحول في جسد الانسان لان هذا التسمم سريع الزوال يتقلص ظله متى افرزت الكحول من الجسد ويمحى اثره متى جدت الرئة والكلية بافراغ هذا السم الزعاف والقائه· غير ان التسمم المزمن الذي يفعل فعله البطيء هذا التسمم الذي لا يؤذي ظاهراً هذه الاذية الشديدة لانـه لا يلقي الانسان في حالة السكر التام هـذا التسمم يخرب كل يوم مئات الالوف من الخلايا الشريفة النشيطة في جسدنا الحي معيضاً عنها بخلايا ضامة صلبة ويهدم اعضاءنا الرئيسة ويدنينا من الشيخوخة الباكرة والموت السريع ونحن لاهون

واذا كان التسمم المزمن لا يتمثل في معظم الحالات الا بمشاهد خفيـة لا يدركها غير الطبيب ولا تصح ان تكون امثولة تملى على الشعب ليتعظ بهـا ويعتبر فانه يشذ عن هذه القاعدة في بعض الاحيان فيبدي الكحوليين بمشاهد موءثرة تدمى لها القلوب وتوجس لها النفوس واقول الكحوليين لا السكيرين لانني اعني بهم تلك الفئة التي تشرب من الاشربة الكحولية ما لا يصل بها الى درجة السكر ولكنها لا تترك يوماً واحداً دون ان تتناول به تلك الجرعة المقننـة وتسمم به ذلك الجسد الذي لم يكد يفرغ مـا دخله في الامس حتى اتاه اليوم بكمية جديدة يجدُّ في مكافحتها وافرازها اولئك قوم ينتحرون وهم جاهلون، قوم يفاخرون بانهم لا يسكرون ولا يعربدون، وكل عضو من اعضائهم الرئيسة يصبح

ويضج من هول ما يفعلون، قوم يتباهون بمحافظتهم على القواعد الصحية في شربهم للكحول لانهم يحسون منها النزر القليل المشهي وهم في ضلال مبين يسممون خلايا دماغهم وكبدهم وكليتيهم وشرايينهم وقلبهم وكل عضو من اعضائهم وهم يعتقدون انهم يحسنون الى انفسهم ان هولاء لأشد ضرراً في البشرية من السكيرين لانهم يباهون بعملهم والسكير يخجل بفعلته ويتوارى عن الاعين حياء وخجلاً هم يرشدون سواهم الى طريقهم الذي يظنونه مستقيماً سوياً وذاك يخجل بالمجاهرة بالدعوة الى السكر فهم اذن اشد ضرراً بالمجتمع وبانفسهم لان سمهم الذي يرشقونه في اجسادهم يفعل مع مرور الزمن ما لا تفعله سكرة بل سكرات

السكر عاصفة تمر بالجسد وقلما توءذيه أذية لا يستطاع اصلاحها لان الوقت ينفسح له للدفاع وترميم ما اتلف فيه وادمان الخمر دودة تنخر جسد الشاب فلا يلبث ان ينهار ويندك

ولا تظنوا ايها السادة انني اجنح الى الغلو في كلامي لانني مهما اسهبت في ترذيل ادمان الخمر فلن ابلغ الدرجة التي تستحقها هذه العادة

انظروا الى ذاك الرجل وقد شحم بدنه واحتقن وجهه لأقل تأثر وتوسعت العروق الشعرية في وجنتيه وارتعش صواراه اي ملتقيا شفتيه ارتعاشات ليفية وجف جلده وتوسف وشحب . انظروا اليه وقد نهض من فراشه صباحاً ولم يكد يطأ الارض بقدميه حتى اخذه الغثيان وشعر بدوار وحصر شديد لا يطاق واذا به يركض مسرعاً الى دلو فيقيء فيه قياء قد يكون بدون عناء او جهد ويقذف من فيه مادة مخاطية بيضاء خائطة لزجة تكاد تكون شفافة او خضراء

شديدة المرار ثم تأخذه نوبة سعال و يحتقن وجهه وعيناه

فماذا اعتراه وما حلّ به انه يدمن الخمرة منذ زمن مديد وما هـذا القيء الخاطي صباحاً الاّ عرض من اعراض تسممه المزمن ٠

انظروا الى آخر وقد اعترته ارتعاشات حين نهوضه من النوم فارتجفت يداه وشفتاه ووجهه ولسانه وتشوش كلامه انظروا اليه وقد اعتراه الدوار وتشوشت روءيته فخيل اليه ان ما حوله من الاشياء يدور وان سحابة تغشي عينيه ٠

انظروا اليه وقد شكا نملاً ومذلاً ومعصاً وحس احتراق ولاسيا في طرفيه السفليين

انظروه يتقلب في فراشه كأنه قد افترش النار لان هـذه العوارض قـد اشتدت عليه فحرمته الكرى وسرقت من عينيه النوم انظروه وقـد تمثلت امام عينيه تهاويل ومشاهد مخيفة راعبة اشباح تحيط به وحيوانات مفترسة تنقض عليه لتمزقه بمخالبها ومعارك قد احتدم لظاها وهوات سحيقة لا يعرف قرارها قـد انفتحت امامه ولا يجد الى الافلات منها سبيلاً ٠

هذا المشهد الموءثر هو مشهد الكحولي الذي ادمن الكحول وعاهد احدهما الاخر ان يبقيا متضامنين متحابين حتى النهاية انه لحب أعمى هذا الحب الذي يضحي به المحب بنفسه فداء حبيبه ولكنه حب جنوني لان هذه التضحية لا تفيد ذاك الحبيب بل يضحى بها العاشق و يهزأ المعشوق ٠

ولا تظنوا ايها السادة ان هذا المشهد هو المشهد الفرد الذي يمثله الكحولي انه يمثل مشاهد اخرى تبين لنا بجلاء فعل هذه العلة في الاعضاء الرئيسة جميعهـا ولست ارغب ان اسهب في هذا البحث والوقت الذي عين لي للكلام قصير كما يظهر وتمثيل هذه المشاهد يستغرق وقتاً ليس بالقليل ولكنني اكتفي بعرض

مشهدين يبينان لكم فظاعة فعل الكحول

ترون شاباً في زهرة الحياة في الخامسة والعشرين من عمره ممتلئاً نشاطاً متورد الوجنتين قد حشا دماغه علوماً ونال احدى شهادات المدارس العالية ، يشتغل ليلاً نهاراً وهو لا يعرف للتعب اسماً ، يمارس الالعاب الرياضية ويفتح عينيه على جنة هذا العالم فيراها وروداً مفتشا فيها عن وردة لطيفة المنظر شذية الرائحة يشمها ويختارها ويقتطفها ، كله آمال بالمستقبل يضع الخطط ويعد المعدات لبلوغ المقامات السامية

انظروه في الخمسة والثلاثين بعد ان مرت عليه عشر من السنوات فقط في تلك السن التي يبلغ فيها الجسد اشد قوته والعقل اسمى مرتبته واذا به محتقن الوجه مزرقه يلهث اذا صعد سلما فيضطر الى الاستراحة مرتين أو ثلاث مرات قبل ان يبلغ اعلاها يجلس الى مكتبه ليطالع مؤلفا جديداً فيعتريه صداع شديد ويتشوش نظره فيترك كتابه وينطرح على كرسي طويل مخففا عنه ، يتناول طعامه عند الظهر فاذا به قد ازرقت يداه وعلا انفه لون بنفسجي واسرع تنفسه وازدادت دقات قلبه ومذلت يداه ونملت قدماه يأوي الى فراشه مساء لينام مؤملا ان يلاقي الراحة في السرير وان يستعيد القوة التي افقده اياها ذلك النهار المضطرب فاذا بالاضطرابات قد اقضت مضجعه اذا به لا يستطيع الاضطجاع لان نفسه يضيق ولان الاختناق يهدده اذا ما اخذ وضعة افقية فينهض وقد هاله ما هو فيه ويغمض عينيه متطلبا الراحة وهو جالس متمنيا ان ينام ساعة واحدة وهو في هذه الوضعة القلقة فلا يجد للنوم سبيلا ، يعد ساعات ليله وكلما مرت ساعة يؤمل ان تكون الثانية اشد رأفة به من اختها فيرى الساعات جميعها على وتيرة واحدة

يدير لحاظه في تلك الغرفة لعله يجد من يسليه بحديثه العذب فلا يجد سوى الجدران الاربعة ينهض من فراشه ويذهب الى غرفة والدته التي تضع فيه كل آمالها موء ملا ان يخفف حديثها كربته وقلقه فيجدها غارقة في بحر النوم الهادىء وهي قد بلغت عتبة الستين، هي ساكنة هادئة وهو مضطرب، هي نائمة ملء عينيها وهو قلق يعود الى غرفته وقد ساورته افكار الانتحار غير انه يقف مذعوراً ازاء الموت وترتعد فرائصه واذا بالفجر قد انبثق واذا بالطبيب قد استدعي فما الذي اصاب شابنا النشيط ؟ اصابه التهاب في عضلة قلبه وتصلب فيه وما سبب ذلك التصلب الا ادمان الكحول . وهل تشفى علته ؟ ربما تخف وطأتها اذا لم يذق شراباً مسكراً بعد الان غير ان الامر مشكوك فيه .

هذا مشهد كثير الحدوث يراه الطبيب كل يوم، يرى اولئك الشبان وقد صلبت عضلة قلبهم ولا يجد لصلابتها معللاً من الامراض سوى الكحول فيا لهول هذه المادة ويا لفظاعة هذه العادة القبيحة .

هناك رجل آخر (استميح ابناء جنسي الرجال عذراً اذا لم اتمثل سواهم في مثل هذه المشاهد الراعبة فان السيدات اقل ولعاً بالأشربة الروحية واشد اندفاعاً الى محاربتها وهذه الجمعية المباركة اكبر دليل على كلامي) لم تدس قدمه عتبة الاربعين حتى انتبجت قدماه وانتفختا واخذ بطنه بالامتلاء فظن ما به صحة وعافية غير انه لم يلبث ان اعترته آلام فيه فحرمته لذة النوم واقضت مضجعه ترافقها اقياء صفراوية ونوب حمى متقطعة وضيق نفس وازرقاق في الوجه والاطراف وحصر وقلق واضطراب . فما الذي اعتراه وهو لم يكن يشكو ألماً منذ بضع سنوات ولا يدفع للمرض جزية انه اصيب بكهبة الكبد او تشمعها

اذا شئتم فضخمت وآلمت واختلت وظائفها الكبيرة العجيبة التي وقف الانسان حائراً معجباً بحكمة الخالق وقدرته اذا ما تأمل فيها أجل اختلت في كبده وظيفة افراز الصفراء فلم تعد تبعث بهذه المادة المعدة لهضم المواد الشحمية الى الامعاء فاختل انهضامها واختمرت، اختلت في كبده وظيفة تعديل السموم فلم تعد السموم الغذائية تجد في ذلك المعمل الكيماوي العجيب ذلك البواب الساهر النشيط الذي يوقف فيه جميع ما يرد على الجسد من المواد السامة ليعدلها مانعاً اياها عن الانصباب في الدورة الدموية وتسميم البنية، اختلت في كبده وظيفة الافراز الداخلي العجيبة التي تبعث بهذا المفرز العجيب فتفعل به فعلاً لم يكن الطب يدرك كنهه قبل بضع عشرات من السنوات كل هذا قد اختل وتبلبل وتشوش لان الكحول قد آذت خلية الكبد واتلفتها ولان الخلايا الضامة قد حلت محلها فصلبت الكبد وضخمت

انه اصيب عدا هذا بالتهاب الكلية الكحولي فصلبت كليته وتشوشت تلك المصفاة العجيبة في صنعها التي يجد العلماء في النسج على منوالها فيعودون خاسئين وما ذلك الا لان تلك المصفاة حية تمر بها المواد المضرة من الدم فينقى ولا تجتازها المواد النافعة للبنية ولان مصفاتهم لا حياة فيها ، قد تمزقت تلك المصفاة قد اتلفتها الكحول فساءت وظيفتها وانحبست المواد السامة في الدم فتسمم

هذا مشهد ثان من فظائع الكحول ايها السادة وانني اضرب صفحاً عما تمثله الكحول في جسد الانسان من المشاهد الاخرى حرصاً على وقتكم الثمين غير انني اقول باختصار انه ما من عضو في جسدنا الا وتلهبه الكحول وتؤذيه

ولا سيما الخلايا العصبية خلايا الدماغ والبصلة والنخاع الشوكي والاعصاب المحيطية هذه الخلايا اللطيفة في نسجها الدقيقة في بنائها انها تتأذى تأذياً كبيراً وتتلف وتصاب بالالتهابات التي لا حيلة للطب فيها متى ادمن الشخص الكحول وان المشاهد التي تنجم من التهابها فظيعة تقشعر لهولها الابدان غير ان الوقت لا ينفسح لي لتمثيلها امامكم وايقافكم عليها ·

الكحول تؤذي الشرايين المرنة فتصلبها وتعلي التوتر الشرياني فيختل نظام الدوران وتعود تلك الشرايين سريعة العطب فتتمزق ويحدث النزف فاذا وقع في الدماغ كان الفالج ، واذا غزر النزف كان السبات فالموت

الكحول تؤذي الغدد ذات الافراغ الداخلي : الخصية والغدة الدرقية والنخامية والكظر والغدة الصنوبرية وكل هذه الاسماء غريب وقعها على مسامعكم غير انني اكتفي بان ابين لكم فعلها الغريب ببضعة اسطر لتدركوا الضرر الذي تلحقه الكحول بجسدنا بايذائها لهذه الغدد

لم يكن يعرف منذ زهاء ثلاثين سنة الدور الذي تلعبه هذه الغدد العجيبة في جسدنا، مرت الوف السنوات وتعاقبت الاجيال والطب عاجز عن كشف هذه الاسرار الغريبة حتى اتى بعض العلماء واخص بالذكر منهم برون سكوار ففتح هذا الباب المغلق وحلّ هذا اللغز الغريب وبين ان هذه الغدد الصغيرة تفرز مفرزات داخلية تبعث بها الى الدم فترئس عمل الاعضاء الرئيسة وتنظم حركتها فان هذه المفرزات تنظم حركة القلب وتوسع الشرايين وانقباضها وترئس حركة التغذية في الجسد وتجدد الشباب فاذا ما آذت الكحول هذه الغدد وهي تؤذيها الاذية الشديدة اختل نظام الجسد جميعه وتبلبل هذا الكيان

العجيب وكانت الشيخوخة الباكرة فالموت العاجل ·

كل هذا تفعله الكحول ونحن مولعون بها مباهون بشربها ولو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب نفسه لخفت البلية فان الشخص ولو لم تجز له القوانين المدنية التصرف بجسده كيف شاء فانها قد اجازت له ان يؤذيها اذية مستترة بتعاطي بعض السموم ومنها الكحول عدا بعض الحكومات التي منعتها فلاقت من منعها فوائد كبيرة لا يستطاع حصرها الآن لان هذا المنع لم يمر عليه الا بضع سنوات وهو وقت لا يكفي للحكم في حالة شعب مرت عليه مئات السنوات وهو يعاقر الخمرة ·

قلت لو ان فعل الكحول ينحصر في الشارب فقط لهان الامر غير ان فعلها يتجاوز الشريب الى نسله وهذه هي الجناية التي لا تغتفر ان الشريب يلقي في البشرية اولاداً قد وصمت جباههم برذيلة آبائهم يترك اولاداً نحيلي الاجسام هازلين مدنئين مسلولين مصابين بعاهات الجسد الغريبة العجيبة يترك اولاداً خاملي العقل مشوشي الادراك بلهاً مختلي الاعصاب مصروعين مهروعين ميالين الى اقتراف الشرور والموبقات متجهين كآبائهم الى معاقرة الاشربة الكحولية يلقي بهم في هذه البشرية عالة عليها ويؤخر بعمله سير هذا المجتمع عن الرقي · ان هذه الجريمة لعمري من اعظم الجرائم التي يقترفها انسان عاقل واذا لم يكن للكحول من ضرر سواها · لحق لنا ان نخاف الكحول ونقلع عنها مرددين مع الشاعر الحكيم

واهجر الخمرة ان كنت فتىً كيف يسعى في جنون من عقل

صناعة حمض الليمون
« ٥ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الرابعة . — اذابة الحثر وقصره (تبييضه) : ان الحثر التي تبلور للمرة الاخيرة تذاب في الماء الحار في اناء مطلي بالرصاص له انبوب ماخض (barboteur) لايصال البخار الى داخل الاناء .

تصب في الاناء كمية من الماء و بقدرها من المياه الاصلية البيضاء المأخوذة من المبلورات ثم يمر البخار وتسخن الى حرارة قدرها ٧٥ درجة مئوية (يجب ألا تتجاوز الحرارة ٨٠ درجة) و يضاف من الحثر شيئاً فشيئاً حتى تصبح كثافة السائل وهو حار ٢٨ بومه .

عند ذلك يوضع عجين من الفحم الحيواني لقصر السائل ثم بروسياة البوتاسيوم الصفراء لترسيب الحديد و يضاف شيء يسير من حمض الكبريت - اذا دعت الحاجة — لاستبقاء زيادة الحموضة عند حد ٢٫٠ - ٢٫٥ بالمائة من هذا الحمض .

هذه الزيادة من الحموضة ضرورية جداً اولاً لتزيد ذوبان حمض الليمون فابلاغ تكاثفه الحد الاعظم ، ثانياً لحفظ الحرارة في اثناء التبلور في درجة موافقة يكون معها التبلور بطيئاً مما يسهل حصول بلورات جميلة

و يجب طيلة العملية ألاّ يهمل تحريك السائل بشدة بمغرفة خشبية تسهيلاً للانحلال وزوال اللون . وتلاحظ الحرارة حتى لا تهبط الى ما تحت ٧٥ درجة وهي الدرجة الموافقة لتأثير الفحم في ازالة اللون . ومما يفيد في الحصول على نتيجة

حسنة ، خضخضة السائل بمضخة تجذب منه من اسفل الاناء فتصبه فيه من اعلاه

ولما تدنو العملية من الختام تؤخذ نماذج يحقق عليها بلوغ القصر حد الكمال و كفاية البروسياة لترسيب الحديد كله . وذلك كما يلي :

يرشح النموذج و يضاف اليه بضع قطرات من محلول البروسياة فيبدو لون ضارب الى الزرقة اذا كانت العملية قد استوفت حقها من الشروط . اما اذا بدا لون ازرق فيدل ذلك على قلة البروسياة المعالجة ، واذا كان اللون ازرق الى السمرة ولم يتبدل باضافة بروسياة من جديد او بدا لون ازرق او اخضر بمعالجته بكلور الحديد دل على كثرة البروسياة وقد يوضع للسائل قرب ختام العملية كمية من كلوراة البوتاسيوم فتنفعل من حمض الكبريت الزائد فتنحلل فينطلق غاز الكلور فيؤثر قاصراً، وغاز الاكسجين فيبيد المواد العضوية .

وعندما تنتهي العملية يدفع السائل بمضخة ذات غشاء من المطاط الى اناء مطلي بالرصاص قائم في أعلى مكان في المعمل ويمر فيه تيار من غاز كبريت المدرجين (SH_2) نصف ساعة تترسب خلالها ملاح الرصاص .

يرشح السائل في مرشحة عاصرة (filtre-presse) ذات سطوح خشبية . والرشاحة تكثف للمرة الاخيرة وتترك للتبلور .

اما تذويب الخثر المسمى (الثاني second^e) فيجرى على الصورة المتقدمة تماما الا التكثيف فانه يبالغ فيه حتى يصبح السائل بثقل ٢٠ - ٢٥ بومه ولا يعالج بالكلوراة ولا بغاز كبريت المدرجين . بل يوضع لكل ٣٥٠٠ لتر تقريبا من المحلول ٥٠ كيلوغراما من الفحم و٥ - ١٠ كيلو غرامات من البروسياة واما كمية الكلوراة المستعملة للسائل الابيض المعد للتبلير فلا تتجاوز ٤-٥ كيلو غرامات .

الجزء ١٠ المجلد ٧

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٠ م الموافق لرجب سنة ١٣٤٩ ه

البرداء مرض خالج (convulsivante)

للحكيم الاستاذ ترابو استاذ السريريات الطبية

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

يشغل الصرع بين الامراض الخالجة المقام الاول فهو يظهر بنوب اختلاجية او بما يعادلها وقد تصحبه اختلالات روحية محدودة ولذا يجوز لنا ان نعد جميع الامراض التي تتظاهر بالمشهد نفسه امراضاً خالجة والبرداء تدخل في هذا الصنف ٠

منذ عهد سيدنهام وهوفمان اللذين درسا قبل كل احد الاختلالات الروحية من البرداء قام كثير من المؤلفين يفتشون عن علاقة البرداء ببعض الامراض الروحية ولا سيما الصرع وقد ثبت الان ان النوب الاختلاجية في المصروعين صرعاً حقيقياً قد تكون في بعض الاحيان ذات علاقة مقصودة بالنوب البرداوية فتكون البرداء سبباً مؤهلاً لحدوث نوب الصرع الاختلاجية

غير ان البرداء وحدها جديرة بتوليد نوب صرع حقيقية ·

وقد شاهدنا هذه النوب في سورية مرات عديـدة في جنودنا الذين لم يكونوا قبل ان يصابوا بطفيليات البرداء يظهرون اقل عرض صرعي بـل كانت النوب الاختلاجية المظهر الاول الذي كانت تظهر به برداؤهم وكانت تناسب الهجمة الحمية الاولى فكان اعطاء الكينين يوقف سريعاً جميع التظاهرات الحركية المحظربة والارتجاجية وتتلاشى النوبة البرداوية ·

وقد اعتقد دومونتيال منذ سنة ١٨٩٩ بان البرداء عامل سببي في احداث الصرع ويسلم اليوم المؤلفون بان اضطراب المريض وهذيانه في كل نوبـة برداوية شديدة الوطأة هو المعتاد وكذا اضطراب المريض وهذيانه الكابوسي (onirique) في الحمى الخبيثة كثيراً ما يميت بالتشنجات والسبات فالبرداء وهي مرض متردد ومتقطع تشبه اذن بتظاهراتها العصبية الصرع الذي تكون نوبـه مترددة ومتقطعة ايضاً ولكن اذا كان ظهور النوب في سياق البرداء قد قبله جميع المؤلفين القدماء فهولاء كما يظهر لا يعلقون اهميـة كبيرة على المعادلات (équivalents) ·

اما تجرباتنا خلال ثماني سنوات في البلاد الموبوءة بالبرداء فقد سمحت لنا بالقول بان هناك داءً برداوياً صغيراً (petit mal palustre) بما فيـه ضياع الفكر والشراد فان احد الضباط الذي لم يكن وارثاً لأقل مرض عقلي او عصبي تلقح في دمشق بعامل البرداء وكان حتى ذلك التاريخ يقوم بواجبه العسكري احسن قيام ولكنه اصبح بعد هذا التلقيح عرضة لسلسلة عقوبات متوالية ففي المرة الاولى بعد ان اوقف عشرين يوما لانه اهمل وهلة ما كان يجب عليه أداؤه شرد كل

نهاره في المدينة ثم سيق الى مقره في المساء ولم يتمكن ابداً من اظهار اقل سبب لفراره ·

ثم قوصص ثلاث مرات اخرى بفاصلات متقاربة كان سببها اهماله للوظيفة ايضاً ولكنه بعد ان اعياه هذا العجز عن القيام بواجبه لم يجد من سبيل لايضاح ما اعتراه بل كان يلقي تبعة اعماله على النسيان وضياع الفكر غير الارادي ، وفي المرة الاخيرة شرد شراداً فاضاع بندقيته دون ان يتذكر اين ومتى أضاعها ·

وضابط آخر مصاب بالبرداء المزمنة خرج ذات يوم من معسكره تلبية لدافع داخلي لم يتمكن من مقاومته وبقي اربع وعشرين ساعة ثم عاد اليه رشده حين نزوله من سيارة استقلها الى بيروت ولم يتذكر شيئاً مما مضى فنزل في احد الفنادق حيث فاجأته نوب برداوية واضحة الزمته الفراش خمسة ايام ولكنه شفي بعد استعمال الكينين ، فهذه الضياعات وهذه الشرادات لا تختلف عما هي عليه في الصرع المقمص (larvé) فقد جرت على اصحابها عقوبات قاسية وساقتهم في النهاية الى ديوان الحرب

ان ما ذكرناه يدعم رأي رجي الذي اعلنه في الموءتمر الطبي في تونس سنة ١٩١٢: ان ساكني البلاد الحارة والذين اصيبوا بالبرداء منذ عهد طويل يضمرون في نفوسهم عاملاً ممرضاً ذاتياً يدفعهم الى اقتراف الجرائم مع انهم لم يكونوا قبل اصابتهم بها ليتجاوزوا على قانون او يتعدوا على احد

وقد اثبت فحص الدم البرداء في مرضانا وكانت ضياعات الفكر والشرادات فيهم تتناوب مع نوب برداوية نموذجية . فهي تعدُّ اذن كمعادلات برداوية

فكما ان الصرع المقمص مسلم به كذلك البرداء المقمصة التي اشرنا الى مشابهة صفاتها لصفات الصرع · اذن يجب ان نطرح جانباً الشك الذي قال به شافيني في المؤتمر نفسه سنة ١٩١٢ مثبتاً ان جميع الحادثات الروحية البرداوية لا تخرج عن كونها بعض مشاهدات معدودة مبهمة ولا سبيل الى اثباتها أجل لسنا نجهل ان الاختلالات الروحية البرداوية المشاهدة في الجيش بالخاصة كانت تعد كأنها اختلالات روحية كحولية لانها كانت تشبهها تمام المشابهة غير اننا كنا متأكدين جداً من اعتدال ضابطينا في استعمال الكحول كما تثبت مشاهدة زميلنا اسعد الحكيم طبيب بيمارستان ابن سينا في دمشق الذي سينشر قريباً في جزء سيصدر عن البرداء مشاهدته عن شاب مسلم عمره ١٤ سنة لا يشرب غير الماء جرياً على قواعد دينه اوقفته الشرطة في الطريق لاختلالات روحية أخلت بالنظام العام فسيق الى البيمارستان حيث ابدى اضطراباً وتهيجاً وهذياناً حركياً واوهاماً وتهاويل (hallucinations) وكان قد اصيب منذ اسبوع بثلاث نوب حمية ترك على اثرها دار ابيه وشرد خمسة أيام فبعد فحص دمه ظهرت المصورات النشيطة فيه وكان الكينين وحده سبباً سريعاً في ملاشاة تلك التشوشات الروحية ·

فظهور النوب الصرعية ومعادلاتها في البرداء يثبت الوصف الذي اسميناها به وهي انها مرض خالج اذن يجب ان نقرب الصرع من البرداء ونستنتج من هذا التقريب معلومات تتعلق بالطب الشرعي تحذرنا من الوقوع في خطيئات القضاء الفادحة هذا عدا ان المشاهدة الاخيرة التي اوردناها كانت الاختلالات الروحية فيها تظهر باشكال الصرع السريرية نفسها فان الاضطرابات العقلية

الكابوسية والاوهام والتهاويل التي ابداها مريض الدكتور اسعد الحكيم تشاهد خارج الشراد في البرداء المزمنة ويتألف منها النموذج المعتـاد للاختلالات الروحية البرداوية كالاختلالات الروحية الموقتة التي تأتي نوباً في الصرع المقمص والتي يقول عنها رجي انها تتظاهر اما بنوب اختلالات عقلية تهويلية حادة أو بسير في المنام يوءلف الحالة الثانية وفي هذه الحالة الثانيـة كان يظهر الذهاب والاياب غير الارادي في المصابين بالبرداء الذين ذكرنا مشاهـداتهم باختصار ومع هذا فاننا نتحفظ في ارسال هذه التشابهات بين الصرع والبرداء الى ابعد من الحد اللازم ولكننا نقتنع بتشابههما جداً بعد اجراء درس تقابلي بين الغريزة المرضية والتشريح المجهري لكلا المرضين وعلى الرغم من الابهام المخيم على هـذا البحث قد اتضح ان نوب الصرع ومعادلاتها تنشأ من اختلالات دورانيـة محدودة لا تظهر آثارها الا بتأثير افعال منعكسة مختلفة الاسباب وعلى الأخص السمية منها . فالنوب الاختلاجية والطوارىء الروحية البردائية لا يمكن ايضاحها بخلاف ذلك لانه بعد ان تجتـاز الكريات الحمر المتطفلة (parasitées) كما يقول فنسن وريو الأوعية الشعرية تختل شروط الدوران الدماغي ولا تعود طبيعية كما تختل الخاصة التخثرية والكثافة الذرية والخاصـة اللزوجيـة فيحصل من مجموع ذلك عوارض آلية هذا فضلاً عن الانتان . ونقص مرونة الكريات الحمر التي تغلبت عليهـا حيوينـات الدم وفساد الغشاء الفارش الداخلي تكون سبباً في حصول نزوف نقطية اقل ما تحدثه انها تخل بارواء الدماغ عدا ان البرداء نفسها تحمل عنصراً ساماً منتشراً جديراً وحده كما يقول مارشيافافا وتشيرنيكوف بالاضرار بالخلايا العصبية ففي سياق تلك العوارض

الدماغية للصرع والبرداء يزداد ضغط المائع الدماغي الشوكي كما ان علامة بابنسكي التي تنبيء بانتهاء نوبة الداء الكبير قد شاهدناها بعد النوبة البرداوية المولدة للصرع ٠

واذا نظرنا نظرة سريرية مجردة استنتجنا ان البرداء باشكالها النموذجية والمقمصة والمسدفة (frustes) قد تتجلى بتظاهرات صرعية تسمح لنا معرفتها بالوقوف على تشخيص مرض خداع ومكافحته بالادوية النوعية كما انها تمكن المرضى من اجتناب العقوبات وقصاصات هم في غنى عنها فالى هذه النقطة المهمة التي تتعلق بالطب الشرعي الروحي للبرداء احببنا ان نوجه الانظار بانتخابنا عنوان هذا الموضوع ٠

معالجة الدواحس وفلغمونات اليد

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ما من يجهل ان معالجة الداحس هي البضع غير ان الرأي السائد هو ان هذه العملية من متعلقات الجراحة الصغرى وان جرّة مبضع كافية لاجرائها مع ان الامر ليس كذلك لان خروج الصديد وحده ليس كافياً للدلالة على ان البضع قد احسن اجراوءه وان الامر قد قضي بل ان المبضع نفسه اذا لم يشق شقاً كافياً او اذا جاء متأخراً لا يكفي لاجتناب العراقيل الخطرة بل يكون سبباً لقلب داحس سطحي داحساً عميقاً مع ما في هذا الداحس من العراقيل · ولهذه الآفة المبتذلة بمظهرها صيت سيء لان اصغر سحجة في الاصبع تجذب صاحبها كما لو كان الامر غريزياً فيه الى قنينة صبغة الايود وعمله عين الصواب لان الداحس آفة شديدة الألم وهذا ما يحمل المرء على اجتنابه ولانه آفة خطرة، اذا اهملت معالجتها افضت الى ضياع الاصبع في ليلة وضحاها · وما ذلك الا لان نهاية الداحس التيبس والقسط اللذان ينقصان جداً وظيفة اليد وطاقتها على العمل فمتى اختلت وظيفة اصبع واحدة في اليد اختلت وظيفة الاصابع الاخرى وهذا الامر واضح يعرفه حق المعرفة العملة واصحاب المعامل · اضف الى ذلك ان الداحس قد يفضي بعراقيله الى عجز اليد او بترها وربما افضى احياناً الى الموت والجراح يخشى الداحس ايضاً لانه عامل يشتغل بيده كسائر العملة ·

فاتقاء الداجس بالطلي بصبغة الايود خير ما يصنع غير ان ذلك لا يكفي متى كان التلقيح عميقاً بل ان الشق واجب ومتى ظهر التعفن كان لا بد من معرفة مكافحته وطريقة اجراء الشق ·

فمن الدواحس ما يكون التهاباً سطحياً بالعروق البلغمية فلا يستدعي الجراحة بل ان المغاطس الحارة والتضميدات الرطبة تشفيه ببضعة ايام · ومنها ما يكون التهاباً عميقاً بالعروق البلغمية فتستحيل مكافحته ويفضي الى الموت بتسميم الدم — كما هو الامر في الوخزة التشريحية - قبل تكون الصديد ·

ولا بد من التفتيش عن منشإ الصديد في الداحس حول الظفر أو الداحس الدائر (la tourniole) ونجد هذا المنشأ عند جذر الظفر · وطريقة الوصول اليه هي اجراء شق معقوف على الحوية الجلدية التي تغطي الظفر مع توجيه رأس المبضع الى قاعدة السلامى وفصل شريحة مستقيمة الزوايا (rectangulaire) ذنبها الى العالي (كانافل) فيكشف جذر الظفر ثم يقطع منـــه القسم الذي فصله الصديد دون ان يوءذي رحم الظفر ، ويترك القسم الباقي منه ليقي قسم الرحم الاخر الواقع تحته في سياق التضميدات وهذه القطعة يقتلعها الظفر الجديد متى نبت · وتبقى تلك الشريحة مبعدة بشاش التضميد ريثما ينضب التقيح فتعاد الى مكانها ·

ومتى بلغ التعفن تحت الادمة كان الداحس تحت الجلد، فالنسيج الخلوي في الوجه الراحي مرتب ترتباً خلاليا والكباب الشحمية تفصلها خيوط ليفيـــة غير مرنة فتجس فيه وسيدات متوترة متينة مرنة ·

وهذه الكباب الشحمية اكثر عدداً في انملة الاصبع (pulpe du doigt)

منها في الاماكن الاخرى حيث تمتد الخيوط الليفية من الجلد الى السمحاق فينجم من هذا الترتب ان انضغاط الخيوط العصبية بالوذمة الالتهابية في هذه المساكن التي لا تتوسع يحدث آلاماً لا تحتمل تسرق من الجفن الكرى · وان داحس السلامى الثالثة يكاد يتعرقل دائماً بالتهاب السمحاق وبتنخر السلامي اذا لم يكن التوسط باكراً · وهذا التوسط واجب متى اعاض الانتباج الصلب المتوتر عن التموج الطبيعي في الانملة ·

والحذر من اجراء شق مستطيل على الخط النصفي لئلا يقع الى جانب البؤرة القيحية ويعفن الغمد متى كان طويلا بل تقسم الأنملة مصراعين اولهما امامي جلدي والاخر خلفي فيه السلامى ر يحدث شق قوسي ممتد من الذروة وتفتح البؤرة بالمقراض وتحفض بقطعة من الشاش مبللة بمحلول دكان · وبعد ان يمر يومان او ثلاثة ايام ينزع التحفيض اذا كان التقيح قد نضب · والسر في هذا التوسط هو اجتناب انتشار التعفن الى الغمد الذي لا يتجاوز السلامي الثانية بعمليات لا لزوم لها ·

واما دواحس السلامتين الثانية والثالثة الواقعة تحت الجلد فتشق وفقاً لتوزع النسيج الخلوي · ففي الوجه الراحي نجد خيوطاً ليفية عمودية ممتدة من وجه الادمة العميق الى غمد العاطفات ومعيدة هذا النسيج غير قابل التمدد · واما في الوجه الظهري حيث تقل المواد الشحمية فالنسيج رخو قابل للتمدد ومتصل بالطبقة الصفيحية لظهر اليد · فالانتشارات القيحية تتجه في هذه الاتجاهات وفي العالي نحو اليد لا نعود نرى نسيجاً خلوياً ظاهراً بل نجد الحاجز الليفي الذي يصل الامشاط بعضها ببعض · وغمد الاصابع الليفي يتصل بنسيج اليد الخلوي العميق بالثقوب التي تمر بها عروق الاصابع والعضلات الخراطينية

(lombricaux) وتنتشر المجامع الصديدية الى اليد بهذه الثقوب · فيجب ان يكون الشق اولا اصبعيا وجانبيا عند النقطة الأشد انتباجا وايلاما الواقعة غالبا في الجهة الراحية والوحشية حتى الملتقى الذي تتفرع منه شعبة نحو ظهر اليد وشعبة اخرى على مسير العضلة الخراطينية حسب خط ذاهب من الفوت (espace interdigital) المصاب حتى منتصف عقب اليد (tolon de la main) · ويجب اجراء هذه الشقوق بعد التخدير العام لان التخدير الموضعي قليل التأثير في النسج الملتهبة وواسطة لانتشار الالتهاب ولا يمكن الجراح من التحريات اللازمة ·

واذا بدا الصديد اثر ضغط راحة اليد من ثقبة الاتصال كانت الساحة العميقة من اليد مصابة فيجب حينئذ شق الملتقى الليفي الذي يمكننا من تبعيد الاصابع والوصول الى البوءرة وتوسيعها وغسلها بمحلول دكان ·

واذا التهب مفصل في الجوار استحسن البتر الا في الابهام الذي تجب المحافظة على اصغر قطعة منه ما امكن · وبعد ان تقطع الاقسام المفصلية تثبت اليد في وضع حسن في ميزابة جبس ثلاثة اسابيع ·

واذا لم يوسع الداحس الواقع تحت الجلد مال الى الانتشار عمقا نظراً الى متانة الادمة ، واصيب غمد الاصابع الليفي المحفظي بدوره حذاء السلامتين الاولى والثانية وقد ينشأ تعفن الاغماد من وخزة عميقة واقعة في ذلك الحذاء ومن تلقح جراحي في سياق شق سيء الاجراء على داحس سطحي او تحت الجلد ·

ومتى اصيبت الاغماد اصبح الانذار سيئا واختلف السير بين ان تكون الاصابع الثلاث الوسطى هي المصابة او الاصبعان الاخريان الابهام والخنصر هما المصابتان ·

ففي الحالة الاولى تنحصر الافة في الاصبع وحدها لان غمود السبابة والوسطى والبنصر لا تمتد الى ابعد من السلامى الثانية في الاسفل · وهي تنفتح عاليا في الفسحة الراحية النصفية حيث حد الرتج المحفظي واضح بخط يصل النهاية الوحشية لثنية تضاد الابهام بالنهاية الانسية لثنية انعطاف الاصابع ·فيكون هذا الداحس اذن اصبعيا في الغالب وقد ينتشر فيه التلقيح الى اليد ويفضي عادة الى التشميم · اما غمدا الابهام والخنصر المحفظيان فانهما يتصلان بالغمدين الكبيرين الرسغيين المشطيين الزندي والكعبري ويصعدان الى الساعد بالقناة الكعبرية الرسغية · فمعظم الافة تقع اذن في راحة اليد وتنتشر الى وجه الساعد الامامي · وقد يفضي الفلغمون في كلتا الحالتين الى بتر اليد او الساعد

فكيف يميز اذن داحس تحت الجلد عن داحس الغمد ؟ الاصبع منتبجة في كلتا الحالتين ومنعطفة نصف انعطاف كالمحجن غير ان بسط الاصابع اذا اجري بلطف مستطاع بدون ألم في الداحس تحت الجلد وضغط الرتج الراحي العلوي لا يوءلم اما في داحس الغمد فان محاولة بسط الاصبع تحدث ألمًا لا يطاق فضلاً عن ان البسط مستحيل ، وجس الرتج الراحي العلوي موءلم جداً

تكفي هذه العلامات لتمييز احد الداحسين عن الآخر · فيجب التوسط حينئذٍ ولكن كيف يجب ان يتمّ هذا ؟ كان يشق الجلد على طول الإصبع وبعد تنظيف الجرح جيداً كان يشق الغمد ايضاً حتى الوتر فكان ينجم من هذا ان الوتر ينفتق وتكتنفه ندبة معيبة منكمشة لا تتوسع · اما اليوم فان الاميركيين الذين درسوا هذا الامر درساً واسعاً يجرون شقاً جانبياً فتبقى النسج امام الوتر سليمة · لا بل يصنعون الشق متقطعاً تاركين جسوراً جلدية ليفية حذاء

المفاصل لكي تضبط الوتر · ويجب ان يصل هذا الشق حتى اليد وينفتح الرتج العلوي فيفتش فيه عن انتشارات الصديد نحو المسافة الراحية النصفية · ويشير ايسلان بشق الاصبع جانبياً منذ بدئها حتى نهايتها وباجراء شقين من الجهة المقابلة يترك بينهما جسر جلدي حذاء المفصل ·

ويخفض الجرح في النقاط الاكثر انخفاضاً · وكلما كان التوسط باكراً كان الامل كبيراً باستعادة الوظيفة وتثبت الاصبع في الوضع الاكثر ملائمة للوظيفة(كانافل) اي منعطفة ٦٠ درجة حتى اذا يبست تفيد بعض الفائدة واجتناباً لليبوسة تحرك الاصبع باكراً وسريعاً ويبدأ بالتحريك كلما ضمدت الاصبع ·

واذا اصيب المفصل المشطي السلامي يستحسن بتر الاصبع مع رأس المشط

ولا يغرنا الانتباج والاحمرار في ظهر اليد فنظن ان مقر الافة الاساسي فيه بل علينا ان نفتش عن الصديد في راحة اليد · فالألم الحاد الشديد الذي ينبهه ضغط ثفن (durillon) او قاعدة الاصبع كاف للارشاد الى بؤرة الصديد العميقة ·

تشغل الفلغمونات العميقة المسافة الراحية النصفية والمسكن الالوي (thénarienne) اما فلغمون الضرة فنادر · وتعقب فلغمونات المسافة الراحية فلغموناً سطحياً ناجماً من وخزة او داحس تحت الجلد · واذا اهمل داحس اغماد الاصابع المتوسطة ولم يشق سريعاً ثقب الصديد الرتج العلوي واستولى على النسيج الشحمي في المسافة الراحية النصفية الواقعة عميقاً امام سطح العضلات المشطية وبين العظام تحت اوتار العاطفات · وينتبج الوجه الراحي ولا سيما عند

قاعدة الاصابع ويتعجن الوجه الظهري تعجناً كبيراً ·

وليست الآفة فلغموناً واقعاً في الاغماد الراحية لانها ليست موءلمة ولان بسط الاصابع الى حده الاقصى مستطاع غير ان تعفن هذه الاغماد مستطاع ·

والشق السريع واجب على ان يكون بين الاصابع حسب خطٍ سائر من الملتقى حتى منتصف عقب اليد واوسع طريق يسلك فيه الى راحة اليد هو الشق السائر نحو الفوت الثاني فاذا ادخل منقاش في الشق افرغ المسافةالراحيةالنصفية وحفضت الناحية بشرائط مطاط · وقد درس دلورم درساً حسناً طرق الوصول الى هذه المجامع الصديدية والقاعدة فيها اجتناب العروق والاعصاب ·

وقد يعقب فلغمون المسكن الالوي (thénarienne) تلقحا مباشراً او تعفنا في البعد كداحس الخنصر ويستقر الصديد بين عاطفة الابهام القصيرة ومقربته ثم يتسرب في الملتقى وناحية الفوت الاول الظهرية · فيشق عند الملتقى فنصل الى الصديد ·

وتعقب فلغمونات الاغماد تلقحا مباشراً او داحسا في الابهام او في الخنصر أو فلغمون المسافات الخلوية المجاورة · فوضع الاصبع المنعطفة انعطافا لا يستطاع اصلاحه ياني والألم على مسير الغمد عند ضغطه يستدعي التوسط الجراحي وتنتفخ اليد كلها دون ان يتغلب الانتباج في ظهرها ويمتد حتى الى ما فوق المعصم · واذا لم يضع المريض طرأت عراقيل خطرة · فان الغمد الاخر قد ينتشر التعفن اليه واذا انبثق امتد التقيح الى المسافات الخلوية وامتدت العفونة الى مفصل المعصم واستدعى التهابه النشر ثم امتد الالتهاب الى وجه

الساعد الامامي فتكون فلغمون فيه وتسرب القيح بين العاطفات والمربعة الكابة اولا ثم بين طبقتي العاطفات وانتشر الى العضد على مسير الاغماد الوعائية وربما كان البتر الواسطة الوحيدة للنجاة · ويشير بيكه باجراء شقين او اربعة شقوق بحسب الحالات على العضد والوجه الامامي للساعد ويصل هذه الشقوق بعضها ببعض اذا لم تخف الاعراض فاتحا القناة الرسغية من الجانبين والقناة النصفية التي لا ترى ·

اما لوسان فانه يفتح منذ البدء الرباط الحلقي للمعصم بشقه شقا نصفيا بعد ان يكشف العصب المتوسط ويقيه ثم يشق الغمد الكعبري مجتنبا الشعبة الالوية التي تصالبه او الغمد الزندي بحسب مقر الافة او الغمدين معا اذا كان الفلغمون شاملا · فينجم من هذا شق بشكل y ويروى كل هذا بمحلول دكان وتضمد الجروح المفتوحة ·

وينبذ كانافل الشقوق المعروفة على وجه الساعد الامامي وراحة اليد ويجري شقوقا جانبية متقطعة يخفض بها الغمد في النقطة المنخفضة ويمنع الوتر عن الانفتاق من خلال فوهتي الشق ويتحاشى الندبة المنكمشة ·

واليكم الطريقة التي يفتح بها الغمد الزندي وفقا لتعليماته : ١— اجراء شق على الحافة الانسية للخنصر حتى ثنية الانعطاف القاعدية · ٢— شق على الحافة الوحشية للضرة (تحت التنار) منذ الحافة الوحشية لقاعدة الخنصر حتى الحافة السفلى للرباط الحلقي :وهذا الشق مشابه بعض الشبه لشق دلورم الراحي الانسي (والحذر من القوس الراحية السطحية وشعبة الزندي الوحشية)

٣ – شق ساعدي انسي طوله اربعة قراريط على طول الحافة الامامية للعظم الزندي وبعد ان يبعد العصب والاوعية يفتح الغمد على منقاش مدخل في الشق الراحي

ويفتح الغمد الكعبري ١ بشق على حافة الابهام الوحشية ٢ – بشق على الحافة الانسية للالية (تنار) حتى الابهام تحت الرباط الحلقي احتراما لشعبة المتوسط الالوية (تنارية) ٣ – بشق ساعدي وحشي على الحافة الكعبرية ٠ ويفتح الرباط الحلقي اذا لم تسقط الحرارة وفتحه لا يترك بعد الندبة اقل نقص في الوظيفة ٠

هذه هي الشقوق المختلفة التي يجب اجراؤها بحسب الحالات ٠ غير ان المرضى الذين نراهم عادة يكون قد قدم العهد على دائهم فاذا لم يكن البتر واجبا تكون وظيفة الاصابع قد اضمحلت اضمحلالا لا ترجى عودته ٠ وينتهي الامر بالقسط فيجب اذن كما في كل عضو يصاب بالقسط ان تعطى اليد الوضع الاقل ازعاجا ٠ وهذا ما يسمى وضع كانافل الوظيفي ٠ توضع جبيرة خلفية مزواة فتبسط المعصم بالدرجة ٦٠ وتعطف الاصابع نفسها بالدرجة ٧٠ ايضا ٠ ويبعد الابهام عن الراحة ويجعل في حالة التضاد على ملف من الشاش موضوع عموداً في حفرة اليد ٠ فاليد في هذه الحالة تفيد بعض الفائدة ٠

وكثيراً ما تستدعي التشوشات الوعائية الحركية والاغتذائية وآفات التهابات الاعصاب التي لا تطاق البتر بعد الشفاء ٠

وصفوة القول يجب ان تعالج فلغمونات اليد والدواحس معالجة سريعة

ورشيدة وان يكون الجراح واثقـا بتشخيص الافة قبـل اخذ المبضع . والتخدير العام واجب الا في دواحس الانملة

ورباط اسمرك يساعدنا على رؤيـة النسج حسنا و يجب ان تتحاشى الشقوق النصفية الطولية في الاصابع مـا امكن وان يفتش عن الانتشارت القيحية حسب ترتب النسيج الخلوي . وقـد يفيد الاستلقاح ببروبيدون دلبه .

وعلى كل طبيب ان يحسن شق داحس الغمد او فلغمون اليد في بدئه لان بهذا الشق البدئي يتعلق سير الافة المقبل .



بحث في الحمى الحدارية

عرّبها عن الانكليزية الدكتور كامل سليمان الخوري (بروكلين نيويورك)

ان هذه الحمى تتهدد صحة آلاف من الاولاد وحياتهم فان الوفيات بامراض القلب تتزايد من سنة الى اخرى ، ففي الولايات المتحدة يقرب معدل الموت بامراض القلب من ثلاثمائة حادثة في المائة ألف . وقد ثبت اليوم ان الحمى الحدارية تسبب على اقل المراتب خمسين بالمائة من مجموع الوفيات الناشئة من علل القلب ومعظم ذلك في الشبيبة واحياناً في المتقدمين في السن

فمذ ثلاث سنوات تعهّد مجلس الابحاث الطبية معرفة اسباب الحوادث الحدارية غير العادية في الشبان في بعض الاقسام من بريطانيا العظمى ، ومع ان المنقبين ذهبوا الى بيوت مئات من الاولاد لدراسة البيئة وما إلى ذلك ، فلم تؤدِ جهودهم وأبحاثهم الى نتائج واضحة وقاطعة فيما يؤول الى الوقاية من هذا الداء الفاجع المشؤوم . وهذا البحث أدّى الى تعقيد القضية اكثر من حلها . وكانت نتيجة البحث ان الاولاد العائشين على حسب الطرائق التي توجبها انظمة حفظ الصحة في المؤسسات كانوا اقل عرضةً للاصابة بالحدار منهم في الفئة العائشة في بيوت فقيرة . كما ان الابحاث المباشرة تحت رعاية مجمع الابحاث الطبية قصّرت عن تقرير اي علاقة فيما بين الوراثة والحدار . هذا وان لم يتوصّل البحثة الا قليلاً الى إثبات الحدار في الجدود ، فقد شوهد حصوله في الوالدين في عشرين بالمائة من الأسر الحدارية . والحدار قد حصل ايضاً في

الوالدين في أسرٍ أُخذت كشهودٍ ولم يشاهد فيها حوادث حدار صبيانــية ، اما فيما يتعلق بالسراية رأساً فتقارير البحثة كانت غير مقنعة بتاتاً . وعلى الارجح قد كتب اكثر من اللازم فيما يتعلق بالتهاب اللوزتين العفني وعلاقة ذلك بالحمى الحدارية ، اكثر مما كتب على اي ناحيه من هذا الموضوع . وتقارير مجمع الابحاث الطبي لم يقرر قطعياً فيما اذا كانت لوزات الحلق الخارجة عن القياس العادي تساعدُ على هجوم الحدار . ففي خمسة وعشرين بالمائـة من الاولاد المحدورين الذين دُقق في دراستهم كانت لوزات الحلق غير مضابة ظاهراً . ويظهر من أدلة التقاويم وجود علاقة بين اللوزات المريضة والحدار ، بيد انه ليس ثمت برهان واضح يفهم منه ان الحدار ناشئ عادة من حوادث عفونة اللوزتين . فانجرمان وويلسون « Ingerman and Wilson » قد وجـدا بالممارسة المعدّل المئوي نفسه فيما يتعلق بعدد الاعراض وانتكاس الحـدار في ٨٨ ولداً درسا مشاهداتهم في سريريات الاطفال في كلية كورنل « Cornell » الطبيـة في مجموع الاولاد الذين لم تُجرَ لهم عملية استئصال اللوزتين كما في مجموع الاولاد الذين لم تستأصل لوزاتهم .

وقد وجد فارنوم « Farnum » ان خزع اللوزتين لم يحمِ المرضى من انتكاس وعكات الحدار المفصلي ، ولم يقِ من حملات التقصير ولا اتصل الى ايقاف انتشار آفات جديدة في القلب بين سبعمائـة مريض حصلت دراسة احوالهم في سريريات علل القلب في مستشفى القديس لوقا في نيويورك .

هذا وكان يمكننا ان نسرد للقراء ابحاثاً اكثر يستدل منها على ما هنالك من الغموض في ايضاح قيمة استئصال اللوزات في منع هجوم الحمى الحدارية

او في تثبيط تقدمها او قمعها · على انه لا يوءخذ من كلامنا جواز تبرئـة ولد او يافع ان يبقي لوزتيه ملتهبتين في حلقه بعد ان عرفت الآن علاقة تعفنات كهذه باختلالات اخرى، فضلاً عن ان التهاب اللوزتين بحد ذاته يمكن ان يقوّم مرضاً يستدعي الاهتمام بـه لخطورته · فقد لاحظ كوومز « Coomles »[1] في مراقباته الدقيقة بشأن الحمى الحدارية موءخراً ، وامعانه في دراستها وتدقيقه في كل ما كتبه بشأنها بروية وتمحيص لا مزيد عليهما ما خوّله ان يقرر مقتنعاً ان الاولاد يقعون تحت وطأة الحدار بسبب وجود عيوب إرثية تضم قوتها الى محيط غير ملائم ، وهكذا يتسهل للجراثيم الوبيلة ان تشن غارتها بطريق اللوزتين ، اقله في ثلث الحوادث ، وقد قال انه يحتمل تطرق الفساد بواسطة اللوزات في باقي الحوادث ايضاً ، انما بدون اثارة مقاومة ما محسوسة في مركز الولوج · فبعد تمحيصه بدقة كل البيّنات والدلائل نفى الاستاذ « كومز » الموما اليه كل الظنون والاراء الذاهبة الى ان الحيوينات « vitamins » والغدد ذوات الافرازات الداخلية او الملاح المعدنية في الحمية او نسبة الحوامض بالقلويات يمكنها ان تكون ذات علاقـة مقرّرة على حملة امراض القلب الحدارية · فآليّة الحملة على القلب واضحة : فالمواد العفنة تستطرق الى المجرى الدموي فيحملها هذا الى القلب حيثما تسبب تعفنات خطيرة تصحبها تغيرات مرضية وصفية في الصمامات وعلى طول طرق انقسام الاوعية الدموية في عضلات القلب · فالبحاثة « كومز » يظهر ان اضرار الحدار توءثر

---

(١) كومز « Coomles » تشخيص مرض القلب الحداري في مراحله الباكرة ومعالجته · النشرة الطبية البريطانية · شباط سنة ١٩٣٠

في القلب والمفاصل والسحايا (أغشية الدماغ) والنسيج تحت الجلد حتى الرئتين فالضرر ينتشر و يتعمم اكثر مما كان يظن لحد الآن · وفي الفترات التي تتخلل الهجمات الحادة — حتى على فرض انتفـاء وجود الحمى — يلبث التعفن مقموعاً بدون ان يتوقف · وفضلاً عن ذلك فالاستاذ « كومز » لا يتذكر ابداً ان ولداً أُصيب بحملة حدار مفصلي الا ظهرت فيه بعدئذٍ دلائل اصابة قلبية واضحة حتى قد يصح القول ان التهاب القلب هو العلة الاولى وان التهاب المفاصل وداء الرقص « الخورا Chorea » هما العراقيل او الاختلاطات · وفي الحقيقـة فان قلوب الاولاد يمكن ان تتعطل بنوع خطير بدون ما ظهور ظواهر يشعر بها ·

والدكتور ريجنالد ميلر « Reginald Miller » [1] اعلن اقتناعه بان حدار الفتوة هو مرض محيطي اي يتعلق بالمحيط، ويرى ذاته مدفوعاً الى الجهر بصوابية الفواعل الخلقية ، والمستولية وافدياً ، على انه بالاتفاق مع ذوي الخبرة الراهنة من المـلاحظين والمراقبين يحرّض مشدداً ومكرراً بوجوب التنقيب باكراً عن العلة قصد التثبت بكلما في الامكان من الوسائل لمساعدة النسج المصابة والمتأثرة للانتصار على الوعكة وقهرها · فالعلائم الباكرة كالآلام الحاصلة في الاطراف والتي يسمونها « آلام النموّ » وارتفاع الحرارة قليلاً والتعب الخ · · لا يسوغ ابداً التغاضي عنها كأمور تافهة وعندمـا تكون اللوزتان ملتهبتين يتوجب فحص القلب تكراراً للتثبت عما اذا كان له يد او دخل في العـدوى والفساد · فالاستاذ ميلر «Miller» يحذّر خصوصاً بشأن الولد الشاحب الضجر ،

---

(١) ريجنالد ملر «Reginald Miller» تشخيص الحدار الصبياني · الجريدة الطبية البريطانية British Medical journal Feb . 8-1930

التعب، ذي القابلية الضعيفة ، والذي يرى كأنه مسموم وتعروه حمى خفيفة ليلاً ، ومثله الولد المتلى بوجع الحلق او الذي لا يجد راحة في حلقه ، والولد السريع التأثر والانفعال ، والشكس الذي ينتابه الارق ويكون عرضة لخوف الليل . على انه لا بد لنا من التكرار اننا في حوادث كثيرة نرى القلب يصاب قبل كل شي ، ويكون هو البرهان الوحيد على الإنتان الحداري . ووصولا الى كشف مثل هذه الحوادث في وقتها ، وللافاة عواقبها يترتب تكرار مراقبة المدارس واستلفات انتباه طبيب الاسرة للتدقيق وامعان النظر في البحث والتقصي

يذهب كومز «Coomles» الى ان مقابل كل حادثة انتان حداري تكتشف باكراً يوجد ثنتان لم يوء به لها بسبب اهمال التدقيق وتكرار الفحص والتأني في الاستقصاء . ويرتأي ملر «Miller» وجوب استقصاء كل اجهزة الجسم استقصاء مكملا في حال اضطجاع الولد ثم فحصه واقفا . ولا بدّ من الانتباه لاعراض قصر التنفس وانقطاعه لدن اقل جهد ، والى الاصفرار المتزايد ونقص الوزن وشهيّة الطعام ، والى انحطاط الهمة والنشاط العموميين المؤديين الى الخمول .

فالوسائط التي وصفت لاجل اكتشاف الحمى الحدارية باكراً ومعالجتها لحد الوقت الحاضر تدلنا على فقرنا في المعدات والتجهيزات العلمية فيما يتعلق بشأن مقاومة هذه التعفنات والوقاية منها .

والبحثة مجمعون على ان المهاجمة القوية التي يجب شنّها على الحمى الحدارية قصد دحرها لا تتسنى الا عن طريق جهود وابحاث المعامل لايجاد سبب العلة الحقيقي وآلية نتانتها وعدواها وما اشبه من العوامل التي من شأنها ان تؤدي الى إمكان التوفق لوجود لقاحات ومصول واقية وشافية .

ولقد خابت الآمال لدن اعلن التقرير الذي نشرته ماي ويلسون «May G. Wilson» ورفاقها عن قيمة ضد المصل «anti-serum» الذي استخرجه سمول «Small» من المكورات العقدية في حوادث الالتهاب المفصلي القلبي وعن مولدة الضد «antigen» الذوابة ·

فيظهر ان استعمالها في حوادث خمسة عشر ولداً رافقتها ظواهر حدارية فعالة مختلفة لم يجد نفعاً ولم يؤثر في سير العلة السريري الاعتيادي ولا وقى من حصول انتكاسها · بيد ان هذه الخيبة لا تسوّغ للبحثة ان تفتر هممهم في حملاتهم على قضية قد اثبت تاريخها المشحون بالخيبة في آلاف الحوادث التي انتهت بجعل الالوف من الاولاد والكهول لا يستطيعون السعي بسبب ما اعتراهم من امراض القلب او ما نشأ منها من النتائج المزعجة ·

وفي الختام ان حل مسألة الحمى الحدارية وانقاص حوادث امراض القلب ، يجب البحث عنه في تطبيق أعلى ذرائع الابحاث الطبية طبقاً للنمط الحديث ، والتعاون بتعميمها في الأوساط التي تشاهد فيها المشاهدات العديدة ، والتي أكملت فيها على أتمها شرائط تطور فن الطبابة ، بما فيه الكيمياء الحيوية (اي التي نبحث في ماهية الحياة) ودراسة الامراض وفن الراجبيات وفن اكساب طرق المناعة والوقاية ·

حبة الشرق (Bouton d' Orient)

«٢»

للدكتور شوكت الشطي الاستاذ في معهد الطب بدمشق

المداواة

استعملوا في مداواة حبة الشرق ادوية عديدة وكثرة عددها دليل على انه ما من واحد منها يفعل فعلاً نوعياً

وتختلف المداواة باختلاف الحالة ودور المرض وسكني المريض في بلد حيث الحبة بلدية أو فيما اذا كان عابر سبيل ٠

يهمل العراقيون معالجة هذه الحبة ولا يستشير اكثرهم الاطباء من اجلها وكذلك الامر في حلب وغيرها من البلدان الموبوءة وقد جربت في معالجتها العوامل الطبيعية والكيماوية والآلية ٠

يقول لافرن ان افضل طريقة لمعالجة الآفة متى كانت واحدة وغير متقرحة ومكونة من عقيدة صغيرة تركها وشأنها مع المحافظة على الطهارة فلا تلبث حينئذٍ ان تجف وتتوسف ثم تزول

وقد جرب بعضهم استئصال العقدة وتوصلوا الى نتائج حسنة نذكر منهم جنسلم ومارسينوفسكي وبوسير وناتان لاريه ٠ الا ان الالتجاء الى هذه الطريقة في البلاد الموبوءة غلط فاضح لان المريض لا يكون قد اكتسب المناعة الكافية بل يظلُّ معرضاً لان يصاب بها ثانية

وافضل ما يجرى ايضاً في الآفة المتقرحة الصغيرة المساحة غير المتجهة الى التوسع حسب رأي اكثر المؤلفين هو مساعدة الشفاء عفواً بالوسائط البسيطة · وتكفي حينئذٍ نظافة مقر الآفة تحاشياً للانتان التالي · ويذر على القرحة مساحيق قابضة كالعفص والحنة او مساحيق ماصة كالدرماتول والارستول واليودفورم وفحماة الحديد او تضمد بلصقة فيغو على رأي لافرن ان هذه المساحيق تملأ التقرح قبل ان تتكون عليه قشرة ·

واذا ظهر انتان تالٍ عولج في بدئه بالملينات سعياً وراء اسقاطه

ومتى تكونت القشرة امتنع عن مسها بتاتا لان الآفة تنمو تحتها ومتى وصل النمو الى درجة الندب سقطت القشرة من نفسها وتجب المحافظة على نظافة الجلد في اطراف القرحة ·

ومتى كانت القرحة متسعة او بدت عدة قروح وجب التوسط حذراً من اتساع القرحة وسعيا وراء الشفاء · ويأبى المؤلفون جميعهم طريقة الكي بالنار بعد الكشط او بدونه ولا يخفى ان العرب يكثرون من استعمال الكي وقد جربوه في بثرة الشرق ولم تكن النتائج حسنة بل كانت الندبة اكبر اتساعا مما لو تركت الآفة تسير سيرها الطبيعي ·

واستبدل بعض الاطباء النار بالتبريد بواسطة الاثير وحامض الكربون الثلجي ويظهر انهم حصلوا على نتائج حسنة · ومع ذلك فاننا لا ننصح باستعمال هذه الطرق لان الندبة لا تكون اخف وطأة مما لو تركت البثرة وشأنها ·

اما المواد الكيماوية التي جربت فكثيرة فقد استعمل منها ما كان كاويا كأزوتاة الفضة وحامض الفنيك وحامض الازوت او الفورمول ثم اهملت ·

وجربت فوق منغ ناة البوطاس وزرقة المتيلن مساحيق ومراهم فلم تفد . ويظهر ان عمل هـذه المساحيق المطهر لا يكفي للفتك بالطفيليات . واما المحاليل الايودية فتؤثر في الطبقة السطحية من الآفة فعملها محدود والحالة هـذه وجرب الارسنوبنزن فأفاد فائدة بسيطة . ولا يقول جنسلم بان للزرنيخ فعلا خاصا باللايشمانيا ويعتقد ان الملاح الزرنيخية توقف الآفة عن النمو وتجعل النسج اكثر مقاومة تجاه الطفيليات ولا يخلو حقن الوريد بها من محاذير فلا يشار بها اذن

واستعمل مانجن في حلب تحت كلورية الكلس سنة ١:٢٤ وكان قد اوصى به بواجه سنة ١٩٠٧ فبدت منه فوائـد حسنة . تحضر اولا خلاصة غليسرينية مركبة من :

خلاصة جافل	٢٥	غم
غليسرين	١٠٠	«
ثم تخلط حسب الترتيبين الاتيين :		
أ — خلاصة جافل الغليسرينية	١	غم
غليسرين	٤	«
ب — خلاصة جافل الغليسرينية	١	غم
لانولين	٤٠	«

فيستعمل المرهم الأول وهو حار على القرحة بعد نزع القشرة بالمكشطة ثم يطلى محيط الآفـة بالمرهم اللانوليني ويستر الجميع بضماد . ولا يلبث القطن المبلل بالمحلول ان يجف فيلتصق بالآفـة . وتختلف مدة هـذه المعالجة من ثمانية ايام الى ثلاثين يوما وقد شفيت بعض الحالات المستعصية باستعمال

الزيت الفوسفوري موضعياً · وجربت صفصافاة المثيل مرهما فبدت نافعة واستعملوا الطرطير المقيء حقنًا في الوريد فكان مفيداً حتى ان كثيراً من الاطباء عدوه علاجاً نوعياً · يهيأ منه محلول في المصل الخلقي نسبته ١ ٪ ويعقم حسب طريقة تندال ويحقن الوريد بـ سم مكعب كل خمسة ايام ويزاد المقدار تدريجياً حتى ١٠ سم مكعبة · ويلاحظ التحسن بعد كل حقنة · ولا يجوز ان تزيد كمية المادة المحقون بها عن ١٠ -١٣ سم مكعبة تحاشياً للتسمم · وعلامات التسمم هي السعال والاقياء والوهط العام · وقد يصادف في سياق المداواة وعك وآلام مفصلية وفاقة دم · فيجب حينئذ ترك المعالجة بضعة ايام · والطرطير المقيء عدا ذلك كاو للجلد · لذلك يجب الانتباه حين حقن الوريد به وقد جرب الطرطير المقيء حقناً في العضلات ومرهماً بنسبة ٨ ٪ على ان يستعمل مرة كل يومين ·

وقد جرب طلعت بك معلم امراض الجلد في مستشفى الكلخانة مداواتها بالـ٧٢ (استيبوزان) و ٦٦ (انتيموزان) وغير ذلك من ملاح الاثمد (انتيمون) فكانت النتائج حسنة الا ان الحقن بالمواد المذكورة لا يخلو من محاذير منها فحش اثمان الملاح المذكورة واضطرار المريض الى استشارة الطبيب مراراً عديدة وهذا ما حمل الاستاذ المذكور على التفتيش عن طريقة اخرى لمعالجة البثرة معالجة موضعية وعن افضل المعالجات الموضعية الناجعة · جرب تضميد بثرة الشرق بأدوية مختلفة منها الحامض الفنيك والسليماني والكحول وصبغة الايود وفوق كلورور الحديد وتحت فحاة الحديد و كلورور التوتيا وحامض الازوت والبوطاس الكاوي وفوق منغاناة البوطاس والزئبق الحلو واليودفورم والاريستول

والصالول والدرماتول والاكتوغن والكبريت والكينا والكافور والآمتين وزرقة المتيلن الى غير ذلك من الأدوية . الا ان ذلك كله لم يجد نفعاً لا في شفاء البثرة ولا في تحسين ندبتها وتقصير مدة سيرها ، وقد شوهد ان بثرة كويت بأزوتاة الفضة وكبريتاة النحاس فتورمت واخذت منظراً درنياً حتى انها كادت تلتبس ببعض الاورام . ولاحظ طلعت بك ان بعض الاهالي يعالجون البثرة ببعض ملاح الاثمد تدجيلاً فاخذ يتقصى في الامر واستعمل كلورور الاثمد الثلاثي . يستعمل هذا العلاج ممزوجاً باللانولين بنسبة ١ ــ ٣٠

ولما كان هذا المرهم مخدشاً فقد نشأت في اطراف الجرح من استعماله بثرات صغيرة عاملها المرضي المكورات العقدية لذلك ارتأى ان يتناوب مرهم كلورور الاثمد الثلاثي مع مرهم حمض التوتيا لكي يزول التخديش المحدث من العلاج الاول بالمرهم الثاني استعملت هذه الطريقة في ٥٣ حادثة فكانت تشفي في مدة ٢٥ - ٣٠ يوماً . وقد داوى شعبان بك حكيم امراض الجلد في مستشفى حيدر باشا وجواد بك طبيب امراض الجلد في مستشفى جراح باشا البثرة بهذه الطريقة فكانت النتائج التي حصلا عليها مماثلة لما حصل عليه طلعت بك .

وجربت يودوبزموتاة الكينين فافادت . تحقن العضلات بمحلول هذا الملح

وجربت ايضا كلور مائية الامتين وذلك بحقن اطراف البثرة بها ويجب ألا يكون المحلول كثيفا تحاشيا للخشكريشات . وعالج حنا الخياط سنة ١٩٢١ في مستشفى الموصل الملكي ٨٧ حادثة في ادوار مختلفة وقد استعمل الطريقة الآتية فحصل على نتائج باهرة .

يبدأ اولا بغسل السطح بالكحول ثم يحقن طي الادمة تحت الآفة بمقدار

من كلورمائية الامتين يختلف من ١ – ٤ سنتغم حسب اتساع البثرة ٠ وتجرى هذه الحقن مرتين او ثلاث مرات في لاسبوع و يثابر على اجرائها خلال اسبوعين تحدث هذه الحقن في ٤ ٥ ايام التهابا في النسيج الخلوي لا يلبث ان يزول تدريجيا ثم تجف البثرة وتتوسف وتزول ٠

شفي بهذه الطريقة ٧شخصا وتحسنت عشر حبات تحسنا باهراً ولم يجن منها ثمانية اشخاص ادنى فائدة وكان بين هذه الحوادث الثمانية من كانت قرحاتهم متسعة او من اسيئت مداواتهم السابقة ٠ وقد استحصل سندرسون نتائج باهرة في ٤٨ حادثة عولجت بالملح المذكور ٠ وكان يحقن هذا المؤلف قاعدة القرحة واطرافها بسنتمتر مكعب الى سنتمترين من محلول كلور مائية الآمتين العشربني ٠ فيحدث من الحقن ابيضاض في الجلد يتلوه تفاعل التهابي مختلف الشدة ويتم الشفاء عادة في اسبوعين ٠ وتكون ندبة البثرة المعالجة بهذه الطريقة صغيرة ٠

ويستعملون في الهند حقنا موضعية مؤلفة من محلول كبريتاة البربرين بنسبة ١ ٪٠ الى ٢ ٪٠ ويتبعون في استعمالها طريقة فرماو شنداني ونتائجها حسنة ٠ وتقوم هذه الطريقة بحقن عدة نقاط حول الافة بـ ٢ سم٢ من محلول نسبته ١ – ١٠٠ أو ٢ – ١٠٠ ٠ وتجرى حقنة واحدة في الاسبوع ٠ ويتم الشفاء عادة بعد حقنتين ولا حاجة الى الحقنة الثالثة الا فيما ندر

والعوامل الحكمية تقوم بالهواء الحار والايونية ionisation والتدوية (électro-coagulation) ٠ والاشعة ما فوق البنفسجي والاشعة المجهولة ٠ وشاهد كثير من المؤلفين حوادث شفيت بالاشعة المجهولة وقد استعملت بهذه

الطريقة في المستشفى الملكي في بغداد . وقد مارس الدكتور نورمن هذه المعالجة عدة سنين ويلخصها بالكلمات الآتية التي جاء على ذكرها زميلنا الدكتور باشاجي .

تفعل الاشعة اذا كانت مقاديرها مناسبة فعلا حسنا في الحبات التي لم تتلفها العقاقير ويظهر ان المقادير الكبيرة تضعف مقاومة الجلد فتنشط الآفة اما المقادير الخفيفة فلا تفيد البتة لانها تجعل اجسام اللايشمانيا اكثر مقاومة . ويجب الانتباه في مداواة بثرات الوجه لانها اكثر مقاومة للاشعة غير انها تشفى بها . واما ندب الآفات التي لعبت فيها الايدي فاصيبت بانتان تال فيحتاج الى زمن طويل وقد كان لايونية التوتيا (l'ionisation par le zinc) في هذه الحالة فائدة كبيرة . غير ان ذلك لا يجوز الا بعد زوال الطفيليات تماما بالفحص المجهري تغطى حينئذ القرحة بقطيلة مبللة بمحلول كبريتاة التوتيا نسبته ٢ ٪ ثم يمر التيار على ان تكون قوته ميلي امبرين لكل سنتمتر مكعب من السطح مدة خمس عشرة دقيقة وتكرر هذه العملية عدة ايام وقد لوحظ ان كثيراً من القروح الواسعة التي لو تركت وشأنها لاستمرت مدة طويلة قد جفت في بضعة ايام وندبت باقل من ثلاثة اسابيع

وذكر لرا ، Lerat، سنة ١٩٢٨ علاجاً حديثاً يدعى سينكتول (synectol) موءلف من نباتات فعلها مرمم للقرنية وقابض ومعرق . وقد مزج جوهر النباتات الفعال بسواغ مركب من اللانولين وزبدة الكاكاو وهذه المادة صلبة صفراء محمرة لا رائحة لها دهنية . وهو يستعمل في المعالجة الخطة الآتية . تذاب المادة في حمام ماري حرارته ما بين ٢٠ — ١٥٠ درجة . ثم تزال القشور

وتمسح الآفة بالايثير ويبسط المرهم على الشاش خطوطا خطوطا ويطبق على الآفـة ثم يغطى الشاش بقطن ويربط او يثبت الضماد بقطـع مشمع . ويحدث الضماد الاول حس حرارة ولا يلبث هـذا ان يخف لان المادة تبرد ويضمد مرة كل يوم بعـد ان ترفع الطبقة الجافـة التي استعملت قبلا . ويجب ان تكون حرارة الضماد الاول ١٢٠ درجة وتكفي ٦٠ — ٨٠ في المرات التالية . ويتم الشفاء في خمسة عشر يوما اي بعد خمسة عشر ضماداً . والقاعدة هي الشفاء بهذه الطريقة ويتم الشفاء بدون ندب بنسبة ١٠ ٪

يوءثر السينكتول كمعقم بحزارته وكمرمم ومندب بالنباتات الداخلة في تركيبه . وهذا العلاج هو ضماد طاهر ومطهر . وذكر لرا انـه استعمل هذه الطريقة في ٤٦ حادثة في حلب ثم في باريس في اشخـاص قادمين من مناطق موبوءة ويستنتج من استقصاآته انـ شفاء بثرة الشرق بدون ندبـة ممكن وهو القاعدة.

يستنتج مما تقدم ان لكثير من الادوية فعلا حسناً في حبة الشرق . غير ان هنالك امراً هاماً الا وهو حادثة المناعة والوقت المناسب لاستعمال هذه المعالجات لان استعمال المعالجة واحداث الشفاء قبل وقوع المناعة امر لا فائدة منه بـل قد يكونـ مضراً في قاطني البلاد الموبوءة لانـ المناعة ان لم تتكون حدث المرض من جديد ولربما ظهر في ناحية الطف من الناحية التي ظهر بهـا اولاً وكانت الآفات اكثر اتساعاً وتخريباً . فاذا كان المعالج عابر سبيل وغير معرض لسكنى البلاد الموبوءة مدة طويلة جازت هذه المداواة واما اذا كانـ من قاطني البلاد الموبوءة رجب اكسابه المناعـة اولاً ثم مداواته . غير ان هـذا

لا ينطبق على الآفات الثانوية والقروح المتسعة التي قد تنجم منها عراقيل .
والأفضل في هذه الحالة مراعاة قواعد حفظ الصحة والسهر على نظافة القرحة
واطرافها ويكفي غسلها بمحلول فيني نسبته ١ /٠ او محلول سليماني نسبته ١ /٠
ويجب الانتباه للحالة العامة وتقوية البنية اذا كانت ضعيفة بالحديد والزرنيخ
والكنكينا .

الوقاية

الوقاية من حبة الشرق في البلاد الموبوءة أمر يستدعي الانتباه للعوامل
التي تعمل في انتشار هذا الداء الجلدي ومداخر الفوعات والوسائط الناقلة واسباب
انتقال المرض المقصودة والمعتنفة . ويقسم البحث في الوقاية قسمين : الوقاية
العامة والوقاية الشخصية

الوقاية العامة

ان القضاء على الطفيليات في الانسان والكلاب او انقاص عددها ونشاطها
أمر ممكن ففي الانسان توجه العناية اللازمة الى المصابين بها لتخفيف فوعتها
وفي الكلاب تتخذ تدابير شديدة بقتل الحيوانات الشاردة والعناية بالكلاب
المملوكة وقد بدأت مكافحة الكلاب في كثير من البلدان الموبوءة واخذت
دوائر الصحة بالقاء الاوامر المشددة لإبادة الكلاب الشاردة ومراقبة الكلاب
البيتية . ومن وسائط النقل ايضاً الذباب والخموش (البعوض واخز الوريد) .
ان الاقليم وقلة الوسائل الصحية والحر وكثرة المياه وطرز معيشة الاهالي في
البلدان الموبوءة اسباب موافقة لتكاثر هذه الحشرات ومن الامور المساعدة فيضان
الأنهر في بعض الفصول وركود المياه وتكوينها مرازغ وبطائح ومستنقعات

يدلنا هذا ان مكافحة هذه العوامل جميعها مستصعب يتطلب اموالاً وافرة وجهوداً كبيرة وقد اخذت الحكومات في المناطق الموبوءة تدرس هذا الامر وتسعى الى تحقيقه . وان تحقيق الوسائط المذكورة لا يؤثر في داء اللايشمانيا فحسب بل في البرداء وحمى الايام الثلاثة وغيرها من امراض البلاد الحارة المنتقلة بالحشرات

الوقاية الشخصية

لا بد من الاطلاع على اسباب حبة الشرق توصلاً الى الوقاية الشخصية واتخاذ الحيطة اللازمة لاجتناب المرض

ومراقبة نظافة الجلد أمر كبير الاهمية ولاسيما في المناطق التي يكون فصل الحر فيها طويلاً (من حزيران الى تشرين الاول) فيجب ان يكون الجلد نظيفاً دائماً

والعناية بالأولاد المصابين بالحبة واجب فيجب ان تطلى جراحهم وسحجاتهم ولو كانت صغيرة بصبغة الايود تحاشياً لتلوثها . وليمنع الاولاد المصابون عن مخالطة الاولاد الاصحاء ولتقلم اظفار الاطفال المصابين لئلا يلقحوا انفسهم بالحك وليمنعوا عن الحك لان به تنتقل فوعة المرض الى مناطق اخرى من الجسد . ولتراعَ قواعد النظافة والطهارة فلا يجوز استعمال شيء سبق استعماله ما لم يطهر

والعناية بالقروح لازمة وسترها واجب منعاً لانتقال التعفن بطرق اخرى

ولننتبه للاشخاص الذين يعتنون بالمريض ويجاورونه ان لم يكونوا قد اصيبوا سابقاً بالحبة وليجتنب الذباب فيمنع عن الاستقرار على الآفة وفي مواضع الجسد الاخرى وليكافح في البيوت ويقتل بالوسائط المتنوعة لان الذباب يستطيع

ان يحدث اضراراً جسيمة

اما الخموش فيجب اجتناب وخزه . ويجب نظراً الى صغر هذه الحشرات ان يوقى الاشخاص بكلل دقيقة النسج لانها اذا كانت عيونها كبيرة اجتازها هذا البعوض وانه ليصعب على قاطني البلاد الموبوءة على الرغم من اتخاذ هذه الاحتياطات جميعها التخلص من وخز البعوض اياً كانت الوسائط التي اتخذوها غير ان انقاص التلقيح مستطاع بطلي مكان الوخزة بصبغة الايود او الكحول

و يعتقد صاحب الاطروحة الدكتور بصمجيان ان التلقيح المحدث في الاولاد هو خير واسطة للوقاية لان التلقيح يجرى حينئذ في مناطق مستورة من الجسم فتنمو فيه ويتخلص الشخص بذلك من ظهورها في منطقة مكشوفة كالوجه معرضة للتشوه بندبتها او حيث تكون العراقيل كثيرة . وهذا ما كان يلجأ اليه اليهود قديما في بغداد غير ان اليهود في ذلك الحين لم يكونوا يعلمون وسائط النظافة والطهارة وكثيراً ما كان يعقب التلقيح عراقيل عفنة اما اذا قام بتلقيح الاطفال الذين يقطنون البلاد الموبوءه اطباء قانونيون في السنة الاولى من العمر فالفوائد التي تجتنى منه تكون حينئذٍ حسنة

وخير رجا للتلقيح هو وجه الفخذ الوحشي يبزغ الجلد وتوضع الفوعة عليه ويستطيع الطبيب ان يراقب نمو هذه الحبة كما يراقب نمو لقاح الجدري فتظهر الحبة حينئذ في منطقة لا خطر فيها حسب ما يريد الطبيب ويجتنب الانتان التالي ويكتسب الشخص المناعة . وتوءخذ الفوعة من ولد سليم الجسم مصاب بالحبة او من فوعة مستنبتة في مستنبتات خاصة او من الفيران . والغرباء المقيمون في العراق مدة طويلة يجب تلقيحهم بالطريقة المذكوره واما عابرو

السبيل فتجب مداواتهم . ويقول بارو (Parrot) ان هذا التلقيح ليس مستصعباً وهو يعتقد انه لا بد للشخص من ان يصاب بانتان حقيقي ليكتسب المناعة على داء اللايشمانيا الجلدي فلا بد اذن من تحقيق التلقيح المحدث أياً كانت الصعوبة التي يقتضيها

التنائج

تشابه حبة الشرق حبة البلدان الموبوءة الاخرى في سيرها وصفاتها . والمرض بلدي يصيب الاولاد ما بين السنة الاولى والثالثة تستقر الحبات في الاقسام المعراة من الجسد وتنمو في اوقات معينة من السنة وذلك من شهر تشرين الاول الى كانون الاول والحبات على نوعين فمنها المذكرة ولا تكون متقرحة ولا ترى الا في جنوب العراق ومنها المؤنثة وهي متقرحة وتشاهد في بلاد العراق كلها .

ويستمر سير الحبة سنة ودور التفريخ شهرين وتكسب الاصابة الاولى مناعة اكيدة . وهذا المرض سليم ويشبه طفيلي العراق بجميع صفاته طفيلي هذا الداء في البلدان الموبوءة الاخرى

ومذخر الفوعة هو الانسان والكلب . وينتقل المرض بالحشرات ولاسيما بالخموش والذباب

المداواة متنوعة وافضلها ما اثر في القرحة تأثيراً مقصوداً . اما الوقاية العامة فصعبة المنال ولكن الوقاية الشخصية سهلة وذلك بالتلقيح المحدث وهذا ممكن

الطعوم

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

التطعيم في الزراعة هو غرس جزء حي من نبات نامٍ في نبات آخر ليغتذي به فيزهر ويثمر الازهار والاثمار الخاصة بذلك الجزء ويشترط في التطعيم ان يكون الجزء المطعم به والمطعم من فصيلة واحدة او من فصيلتين متقاربتين اشد التقارب . ويسمى البرعم او الغصن النضير المعد للتطعيم الطعم .

فلا عجب اذا انتقلت فكرة التطعيم من عالم النبات الى عالم الحيوان واذا فكر بعض المختبرين في تطبيق هذه الطريقة على الحيوان بعد ان تحققوا عظم فائدتها في النبات .

والتطعيم مسألة قديمة جداً مرت عليها قرون عديدة فقد كان بعض دجالي الهنود يجرونها تجميلاً لانوف الذين كانت الحكومة تعاقبهم بجدع أنوفهم .

واذا نظرنا الى العصر الاختباري السابق لعصر مضادات الفساد لا نجد من الطعوم التي تستحق الذكر الا الطعوم السمحاقية والعظمية السمحاقية (اوليه ١٨٥٨) وطعوم بولس بارت الحيوانية (١٨٦٣) غير ان مسألة التطعيم عادت الى الممارسة بعد ان جاء عصر الطهارة وتطبيقها على الانسان اصبح امراً عادياً ولا نغالي اذا قلنا ان طعوم جميع النسج او الاعضاء قد جربت في الانسان .

بقسم الطعوم الى طعوم ذاتية ونعني بها الطعوم التي توءخذ من الشخص نفسه والطعوم الجنسية التي توءخذ بها الطعوم من شخص هو من جنس المطعم والطعوم غير الجنسية (hétéro-plastiques) ونعني بها الطعوم التي توءخذ من حي يختلف جنسه عن جنس المطعم

وقد اتسعت دائرة التطعيم في الانسان منذ الحرب الكبرى واصبحت الطعوم في الممارسة الجراحية من الامور التي يلجأ اليها كثيراً للاعاضة عما فقد من النسج والاعضاء ٠

وبعض هذه الطعوم حقيقي يحيا على النسج المجاورة له ويمتزج بها و بعضها كاذب يلتصق بالنسج المجاورة فقط و يستخدم في ترميم العضو ٠ والطعوم غير الجنسية تكاد تكون جميعها طعوماً ميتة ٠

وهذا الامر لا يزال غامضاً لان حيوية الطعوم لم تعرف حتى الآن حق المعرفة فان بعض الطعوم يعيش و بعضها يموت دون ان تعرف اسباب الموت او الحياة ٠

و يغذى الطعم في ايامه الاولى بتضرجه بالمصل الدموي وارتشاح العناصر الهاجرة من الدم ولا سيما الكثيرات النوى وعناصر النسيج الضام المجاور التي توءثر في الطعم فتجزئه تجزئة تشريحية وخلقية موقتة ٠ ثم تبدو العروق الشعرية المغذية الجديدة فتمتص النتحة بين الطعم والنسج المطعمة و يتصل الطعم بتلك النسج بالعروق الجديدة والخلايا الضامة التي تخترقه ٠

وتنجح الطعوم كلما كان المطعم حديثاً ٠ ومتى ارادوا تعليل الخيبة في التطعيم قالوا ان خثرة قد تكونت في عروق الطعم او ان الاعصاب قد وقف او ان

توزع الاوعية كان ناقصاً او ان المواد العضوية المواجهة قد اثرت تأثيرها السام او ان الكريات البيض قد جدت في طرح الطعم هذا الجسم الغريب والخ ٠٠ ونجاح الطعوم الجنسية وغير الجنسية اقل من نجاح الطعوم الذاتية بسبب اختلاف الاخلاط والمواد الهيولينية في الاشخاص والخ ٠٠ فيجب اذن الالتجاء في التطعيم الى الاقرباء ونقل الدم قبل التطعيم بقصد تبديل الاخلاط ٠ والشرط الاساسي في نجاح التطعيم — وهو في مقدمة الشروط الاخرى جميعها — الطهارة المطلقة والا ينطرح الطعم متى تعفن ٠ واكثر الطعوم استعمالاً الطعوم الجلدية التي هي اقدم الطعوم : متى كان ضياع جلدي كبير يراد ستره ولم تكن الخياطة الثانوية ممكنة يلجأ الى طعوم رفردن البشرية او طعوم تيرش الادمية البشرية بعد توفر الشروط في المكان المعرى نعني بها منظر البراعم وطهارة الجرح ٠ ينزع طعم رفردن بعد تطهير الناحية جيداً برفع الجلد بمنقاش التطعيم بشكل مخروط وقطع ذلك المخروط بالمبضع او بمقراض معكوف دقيق ووضع تلك الشريحة على سطح الجرح المحبب ٠ ويكرر العمل مرات فيوضع من الطعوم عدد ولاسيما على حافات الجرح مساحة كل طعم منها نصف سنتمتر الى سنتمتر مربع واما الطعوم التي توضع في منتصف الجرح فقلما تلتصق ٠ ويعاد التطعيم بعد التصاق الطعوم الاولى على الحافات كما في السابق حتى يتم الاندمال ٠

واما طعوم اوليه تيرش فتنزع بالموسى من جلد الفخذ وكلما كانت رقيقة كان نجاحها مرجحاً ٠ والندبة التي تنجم منها اكثر مرونة ومتانة من ندبة الطعوم البشرية الصرفة التي تنجح عادة نجاحاً باهراً غير ان ندبتها سريعة العطب

وينزع اغلاف مربعات صغيرة من الجلد يدفنها في براعم الجرح المراد تطعيمه

وقد استعملوا الطعم الجلدي التام الحر وهو حسن اذا نجح وتجوز تجربته في النواحي التي تستدعي جلداً متيناً غير ان نجاح هذا الطعم نادر ومواته كثير الحدوث ·

ومتى كان الجرح شديد الاتساع وكانت الناحية معدة لاحتمال رضوض متكررة يستعمل الطعم الجلدي التام المذنب وكثيراً ما يكون الذنب طويلاً جداً لفّ الذنب كالانبوب او لم يلف ولا بد من الانتباه لجعل الخياطة غير مشدودة لان شدها يشوش تغذية الشريحة · ومتى اريد لف الذنب خيطت حافتاه فاتقى التعفن بهذه الواسطة وسهلت تغذيته ·

ونذكر عدا الطعوم الجلدية الطعوم تحت الجلد ومنها الطعوم الشحمية وهي ان يؤخذ الطعم من النسيج الشحمي وذلك من ناحية الالية او تحت الثدي او الاضلاع او البطن · والغاية منها ان تساعد الاوتار على التزلق فتوضع حينئذ حولها او ان تمنع الاعصاب عن الالتصاق وقد استعملت ايضا في املاء الاجواف العظمية وهذا الطعم يمتص غالبا بعد مدة من الزمن ويعيض عنه نسيج ضام او عظمي ·

وقد أُستعمل هذا الطعم الشحمي كوسادة في الوقب بعد بخص العين وكالمئ للحفر في الوجه متى اريد تجميله · ونتيجة هذا الطعم المباشرة حسنة جداً غير انها لا تطول كثيراً لان هذا الطعم الذي يجب ان يكون اكبر من الحاجة لا يلبث ان ينكمش ويضمحل ·

ومتى اردنا ان نصنع بارزة او حافة الحدبات الجبهية الوقبية او وجنة كان لا بد من الطعم الغضروفي · تنزع القطعة اللازمة من الغضروف الضلعي السابع

او الثامن لان هذين الغضروفين اكبر الغضاريف واقربها تناولا وتبرى وفقا للمكان الذي يراد وضعها فيه فتكون بمثابة اساس للجلد · والغضروف تحتمله النسج جيداً ولا يتبدل شكله ولا حجمه · وتستخدم ايضا قطع الغضروف في املاء جوف عظمي كما بعد استخراج ورم ذي صفائح نقية (myélo plaxes) ولا يعلق الغضروف ولكنه يلتصق التصاقا كافيا اذا عري العظم من سمحاقه

وقد جرب بعضهم الاعاضة عن ضياع المادة العضلية بالطعم العضلي غير ان هذا الطعم لا يزال في دائرة النظريات · وقد تمكن دلبه من ان يسد جيوبا ناجمة من خراجات باردة ضلعية بطعم مذنب وتستعمل اجزاء العضلات في رقو السطوح الصغيرة للاعضاء البارنشيمية النازفة نزفا عاما متى اجريت العمليات على الكبد او الدماغ

وطعوم الصفاق هي اكثر الطعوم نجاحا واحسن الصفق الصفاق القصي الخشائي وصفاق المستقيمة الكبيرة والصفاق المغلف للساعد · وقد استعمل بالخاصة صفاق اللفافة العريضة في سد ثقبة فتقية او دعم الجدار بعد خروج البطن او ترميم رباط مفصلي (رباط الركبة المصالب) او وتر باسط او الاعتراض بين سطحي مفصل اجتنابا لقسطه ·

واما الطعوم الوترية الذاتية فلم تكن منها النتائج المرضية في ترميم ضياع مادي بسبب الالتصاقات التي لا يستطاع اجتنابها بالنسج المجاورة · فاذا حرك باكراً استرخت الغرز واذا حرك متأخراً منعت الالتصاقات الحركة · وقد جاءت اعمال ناجوت التي طبقها على الانسان سانسر قاضية باستعمال الطعوم الوترية

غير الجنسية تؤخذ طعوم من الحيوانات وتحفظ في الكحول الى حين الحاجة وتستعمل فلا تحيط بها الالتصاقات التي احاطت بالطعوم الذاتيـة لانها ميتة ·

فهي تمثل صقلا تزحف عليه الخلايا الجديـدة من الجانبين محتلة مكان الخلايا القديمة ثم لا تلبث ان تظهر بعد مدة شبكةوعائية حديثة محيطية فيترمم الوتر ·

وهذا ما يحدث للفافة العريضة التي تموت فتأتي العناصر الحية من الجدار وتعيض عنها ·

وهذا ما يحدث ايضاً للطعوم العصبية لان الاعصاب اعضاء لطيفة النسج سريعة العطب يصعب التطعيم بها · واذا استثنينا المشاهدات الثلاث او الاربـع التي لا اعتراض عليها لم نجد في التاريخ الطبي ترمما وظيفيا اكيداً بعد التطعيم الذاتي او الجنسي او غير الجنسي بالطعم الحي · وقد بين ناجوت وسنسر ان التطعيم بطعم غير جنسي ميت مأخوذ من عصب العجل الوركي ومحفوظ في الكحول يفوقـ بنتائجه جميع الطعوم الاخرى ·

فليست الحالة اذن طعماً بل وصل نسيج ميت بنسيج حي. فالطعم العصبي يقوم هنا بما قام الطعم الوتري به اي بتسديد الخلايا المرممة في سيرها وترميمها للجزء الضائع ترميماً موافقاً لشكله ·

وقد جربت الطعوم الوعائية للاعاضة عن احليل قد قطع جزء منه او عن وعاء بعد استئصال ام الدم ولم تؤخذ الطعوم الوعائية حتى الان الا من الاوردة ولا سيما من الوداجي الظاهر والصافن والوريد المرافق للشريان المؤوف غير ان التطعيم الوعائي ليس بالطريقة الكثيرة الاستعمال · والطعوم الجنسية تنجح

في هذه الحالة اما الطعوم غير الجنسية فتفضي في اكثر الاحيان الى ضيق المجرى المطعم او خثرته او امتصاصه ٠

وقد استعملوا ايضاً الطعوم الصلبة دعماً لخياطة الانبوب الهضمي : المعدة والامعاء وهي تستعمل حرة او مذنبة اما المذنبة فمحذورها انها تترك في جوف الخلب لجاماً قد يكون سبب انسداد معوي مقبل

اما الطعوم العظمية فهي الطعوم التي قتلت درساً وهي مستعملة في معالجة المفاصل الكاذبة والاعاضة عن ضياع مادة في جسم العظم وتثبيت المفاصل الرخوة او مفصل ملتهب التهاباً سلياً (التهاب المفصل الحرقفي الفخذي السلي) او العمود الفقاري في داء بوط او الجنف (scoliose) والمستعمل من هذه الطعوم هو الطعم الذاتي ويؤخذ الطعم من الوجه الانسي للظنبوب بمقراض العظم او بآلة البي او احد مشتقاتها كالمنشار الكهربي واحياناً من الشظية ٠

والطعوم اما ان تكون عظمية سمحاقية او جزئية فاذا كانت عظمية سمحاقية شابهت صفيحة منتزعة من العظم بالمنشار مع بقائها ملتصقة بالوجه العميق للسمحاق وتمكن الجراح من تكبيفها وفقاً للحاجة والمكان المطعم وهذه هي طعوم اوليه ده لاجنيار ٠

واذا كانت جزئية تناولت قطعة من العظم وربما العظم كله (الشظية) وكانت صلبة (طريقة البي) ويخيل ه ا ايضاً ان الطعم يموت اولا وانه يقوم بوظيفة جسم غريب يحتمله الجسد لان فقر الدم الناجم من فصله قبل وضعه في مكانه كاف لاماتة العناصر الخلوية فيه ٠

وبعد ان يوضع هذا الطعم الميت مكانه تحيط به الاوعية الشعرية وتترتب حولها الخلايا المولدة للعظم لايجاد عظم جديد · فيجب اذن ان يكون هذا العظم المنقول متصلا تمام الاتصال بالعظام المطعمة به وان تستطيع الخلايا اختراقه ولهذا كانت الصفائح العظمية السمحاقية والطعوم القسمية حسب نموذج البي مفضلة على قطع اجسام العظم الكثيفة · ومتى استعملت الشظية او عظم آخر كثيف في التطعيم وجبت تعريته من سمحاقه لكي تنفتح قنوات هافرس ·

ولا يحيا العظم القديم بل تبقى خلاياه العظمية فارغة ويلتهمه النسيج الضام الوعائي المجاور ويعيض عنه عظم جديد : وتحمل الجسد للطعم موقت لان البنية لا تلبث ان تمتصه · فليس الطعم والحالة هذه طعماً حقيقياً لان القطعة التي تنقل وتموت ليست طعماً بل ان دوره انفعالي صرف فهو ينبه ويجذب ويرشد العناصر المولدة للعظم التي تستخدم المواد الناجمة من تخرب الطعم · هذا ما اوضحته اعمال لاريش وبوليكار التي اجمع الرأي الطبي على التسليم بها ·

وقد طعموا بمفاصل كاملة منذ مدة قصيرة وباصبع القدم للاعاضة عن ابهام اليد وبمشط الرجل عن مشط اليد غير ان كل هذا لا يزال قيد الجراحة الاختبارية ·

والطعوم الحديثة في هذا العصر الذي تدرس به الغدد الداخلية الافراغ وتأثيراتها هي طعوم الغدد ونعني بها الجسم الدرقي والخصية والمبيض · والطعم الخصوي بالخاصة الذي وضعه فورونوف فكان له حماة عديدون يكاد يكون اليوم من الطعوم المسلم بفائدتها على الرغم مما لاقاه في بدء ظهوره من

المضادات · ولا يستطاع في هذه الحالة استعمال الطعوم الذاتية ولا الطعوم الجنسية لان الشرائع المدنية لا تجيز ذلك فيجب اذن الالتجاء الى القرد الذي يقرب بتركيب جسده ودمه من الانسان · فهذا الطعم يكاد يكون نظراً الى قرب الجنسين نوعاً من الطعم الجنسي · والمشاهدات عديدة دالة على ان الطعم الخصوي بفضل اتقان الطريقة الجراحية قد قام بوظيفته حق القيام فوهب المطعم نضارة الجسد وصفاء العقل · غير ان هذا الطعم لا يلبث كبقية الطعوم ان يموت وينقلب نسيجاً ليفياً الامر الذي يدعو الجراح الى تبديله كل سنتين او ثلاث سنوات ·

وقد درس الطعم المبيضي ايضاً درساً دقيقاً فاهتم الجراحون اولاً بالاعاضة عن المبيضين المستأصلين في سياق عملية جراحية او تقوية مبيضين لا يزالان موجودين متى كانا لا يقومان بوظيفتهما حق القيام ·

فالاختبارات الاولى عن دفن المبيض في جدار البطن قبل خياطة الجرح لم تفد لان الطعم كانت تمتصه البنية سريعاً · وعليه كان لا بد من الاقتراب ما امكن من وضع الطعم في المكان الذي وضعت به الطبيعة مثيله · فقد جربوا حديثاً ان يضعوا المبيض او قطعة منه على مسير الرباط المدور أو في جذمور النفير او في جدار الرحم او في المبيض الضامر نفسه ·

هذه هي انواع الطعوم المستعملة اليوم في الجراحة · فاذا عدنا الى التحديد الذي حددنا به الطعم في صدر هذا المقال حق لنا القول بان معظم هذه الطعوم لا يستحق ان يسمى طعوماً ·

فالطعوم الجلدية الذاتية والطعوم الخصوية هي طعوم حقيقية لان الطعوم

تحيا فيها وتعيش في بيئتها الجديدة

اما الطعوم العظمية كما نجريها اليوم فليست في الحقيقة طعوماً لانها تموت ولا تعيش بل اقساما منقولة وكذلك القول في الطعوم العصبية او الوترية التي ندفنها في النسج الحية فتكون كمرشدة للخلايا الحية ولا تستحق ان تسمى طعوما حقيقية لان الطعم لا يسمى طعما الا اذا حيي حياة مستقلة ·

وربما قال البعض لا بأس في ذلك ما زالت النتيجة التي نتطلبها قد حصلنا عليها · أجل غير انه لا بد من تسمية الامور باسمائها الحقيقية ·

تشخيص النقيح اللثوي في ادواره الاولى

للدكتور ابرهيم قندلفت

اتينا في مقال سابق على ذكر الوسائل والاحتياطات الواقيــة من التقيح اللثوي وسنبحث في هذا المقال عن اعراض المرض المذكور وكيفية تشخيصه في ادواره الاولى فنقول :

اعتاد اكثرنا عدّ اعراض المرض كنتيجة لتأثير احد الاسباب ذاكراً احد الجراثيم او غير ذلك من العوامل المهيجة التي تنشأ منها دائمًا اعراض خاصة بها . ويصح هذا الامر اذا كان المرض من الامراض الحادة لان المهيج الواحد يحدث تأثيراً واحداً في اكثر الافراد . اما اذا كان المهيج مزمنــاً كالمهيجات الواقعة حول الاسنان فان الاعراض الناشئة من ذلك تختلف باختلاف الاشخاص ففي هذه الحالة يجب ذكر امور اخرى غير السبب او العامل المهيج فننظر الى الاعراض المرضية كنتيجة لتفاعل النسج تفاعلاً يختلف باختلاف كيميائها وتشريحهــا وغذائها اكثر مما يختلف باختلاف الاسباب والمهيجات الخارجية اذ انه بقطع النظر عن هذه الفروق في النسج نفسها لا نرى للتقيح اللثوي الذي تختلف اعراضه باختلاف بنية المريض سوى سببين عموميين هما الجراثيم حول الاسنان والصدمات التي تتلقاها الاسنان اثناء المضغ . فالجراثيم موجودة على جميع الاسنان وهي في جميع الافواه من انواع متماثلة او متشابهة اما عددها ونسبة النوع الواحد الى النوع الاخر فتختلف باختلاف حالة النسج المحيطة بها فتارة تكون البيئــة

مناسبة لنمو نوع معين من الجراثيم وتكاثره وطوراً لنمو انواع اخرى وتكاثرها

اما الجراثيم التي تسبب التقيح في اللثة فثلاثة (١) المكورات العقدية اللعابية (٢) والمكورات العنقودية البيض والصفر (٣) والعصيات المغزلية والبريميات المرافقة لها · على ان العامل الاساسي في احداث المرض هو المكورات العقدية التي تسبب الالتهاب الأولي فتمهد الطريق للمكورات العنقودية التي تسبب تقيح النسج · اما العصيات المغزلية فتعيش على النسج الميتة وتسبب في الوقت نفسه موت النسج المجاورة او المحيطة · فاذا كانت هذه العصيات هي المسيطرة على بقية الجراثيم بعددها احدثت قروحا ينتج منها تلف قسم كبير من النسج · على ان جميع الجراثيم المذكورة اعلاه موجودة دائما في جميع الافواه ويتوقف نشاطها وبالتالي ضررها على حالة المريض وتفاعله ·

انواع التقيح اللثوي : قسم وسكي (Weiski) التقيح اللثوي نوعين : الافقي والعمودي · فالافقي هو ما تراجعت فيه اللثة تراجعا تدريجيا بطيئا فتكون الجيوب قليلة العمق ولا تتخلخل الاسنان الا في ادوار المرض الاخيرة · اما التقيح العمودي فهو ما تكونت فيه جيوب عميقة على بعض الاسنان دون الاخرى · وقد علل بوكس (Box) كيفية حدوث كلٍ من النوعين فقال ان للتقيح الافقي عاملين مرضيين :

اولهما الالتهاب الذي يحدث في قعر الشق اللثوي مسببا من الجراثيم وثانيهما تغير حوءولي في الرباط السني تستبدل فيه الياف الرباط العادية بنسيج ليفي ضام وهو يعزو هذا التحول الى الصدمات التي تتلقاها الاسنان اثناء المضغ لاسيما اذا كان هنالك سوء اطباق · اما التقيح العمودي فسببه التغير الحوءولي في

الرباط المذكور ودخول الجراثيم بعد ذلك الى الشق اللثوي الامر الذي ينشأ منه تلف النسج المحيطة بالاسنان تلفا سريعا مع تكون جيوب عميقــة وتخلخل الاسنان الباكر ٠ ولم يتعرض الدكتور بوكس في تعليله المذكور للعامل الثالث في احداث التقيح اللثوي وهو ضعف المقاومة في النسج المحيطة بالاسنان غير ان سواه من الباحثين قد ابان ما لهذا العامل الثالث من الأهمية سواء أفي احداث التقيح اللثوي او في شفائه فقد تمكن الدكتور هاو (Howe) من احداث التقيح اللثوي في القرود باعطائها طعاما تقل فيه المواد الكلسية والحيوينات (فيتامين) وتمكن بعد ذلك من شفائها باضافة المواد المذكورة الى طعامها ٠ كذلك قد أبان الدكتور كريفس (Grieves) بالاشتراك مع سيموندس وماك كلوم (Simmonds et Mc.Callum) ان التقيح اللثوي يصيب الجرذان اذا قلت في طعامهــا المواد الكلسية والحيوينات (أ) ٠ واضاف الدكتور جونس (Jones) فحماة الصوديوم الى طعام بعض الحيوانات حتى اصبح قلوي الفاعلية فاحدث تغيرات ظاهرة في الحافة السنخية اذ امتصت قمة هذه الحافة وتوسعت فسحات النقي فيها ٠ على انه لما اعيد طعام الحيوانات المذكورة الى ما كان عليه سابقا رجــع العظم ايضا الى حالته الاصلية ٠ فيتبين من تجارب كهذه على الحيوانات اهمية الدور الذي تلعبه تشوشات الغذاء في احتفاظ نسج الفم بنشاطها وتركيبها الطبيعي ٠ وما يصح في الحيوان يصح ايضا في الانسان غير انه لما كان في الانسان عوامل اخرى غير الغذاء من نفسية وغيرها تؤثر ايضا في تركيب النسج وصحتها وقوة مقاومتهــا كان من المتعذر الجزم في حال من الاحوال بان العرض الفلاني سببه الخطأ في انتقاء الطعام المناسب ٠

نتقل الان الى البحث عن الاعراض الاولى للتقيح اللثوي واول ما تظهر هذه في اللثة الحفافية بسبب دخول الجراثيم لقعر الشق اللثوي واحداثها للالتهاب وما يرافق الالتهاب عادة من تشوشات وعائية تستطاع روءيتها بالعين المجردة · واهم هذه الاعراض اربعة (١)انشباع اللون · ( ) ضخامة حفاف اللثة واستدارته · (٣) البريق الناشيء من ضخامة افواه الغدد المخاطية او مخارجها (٤) رسوب القلح المصلي على اعناق الاسنان تحت الحفاف اللثوي اما لون اللثة فليس من الاعراض التي يصح الاعتماد عليها اذا لم ينظر معها الى حالة المريض العمومية لان لون اللثة الصحيحة يختلف في الشخص الواحد عنه في الشخص الاخر · فقد تكون لثة المصاب بفقر الدم محتقنة جداً الاحتقان ويكون لونها مع ذلك وردياً كلون اللثة الصحيحة في الرجل الصحيح الجسم · اما اذا كان على الحفاف اللثوي خط احمر رقيق فذلك نتيجة اختمار حامضي على الثلث اللثوي من السن ويرافق عادة تسوس العنق · وهذا ابسط انواع التهاب اللثة · ولا تكون الجيوب في هذا النوع من الالتهاب عميقة بل تتراجع اللثة تراجعا تدريجيا كلما اتسعت منطقة التسوس · اما اذا كان لوناللثة ضارباً للزرقة فذلك دليل على وجود حلقة من القلح المصلي القاتم اللون تحتها · فاذا لم يكن هنالك اثر للقلح كان هذا الخط الازرق نتيجة تغير لون اللثة نفسها وينشأ هذا عادة من التسمم الرصاصي او الزئبقي او البزموتي · وقد يكونناشئا من استعمال الفحم لتنظيف الاسنان فتدخل ذرات الفحم في الشق اللثوي وتندمج في المضرع (ايبثيليوم) · واللثة في الحالة المثلى ذات لون وردي كالمرجان لكنها اذا لم تنشط التنشيط الكافي كانت طبقة المضرع رقيقة ولون اللثة احمر واشد انشباعاً

من المرجان ولو لم يكن هنالك حالة التهابية · فاذا دلكت اللثة ثخنت طبقة المضرع وعاد لون اللثة مرجانياً · اما اذا كان لون اللثة الحفافية اكثر انشباعاً من لون اللثة السنخية فذلك دليل على تشوش الدورة الدموية ·

اما من حيث الشكل فيجب ان تكون حافة اللثة حادة كالسكين فاذا كانت مستديرة كان ذلك دليلاً على وجود الالتهاب · واول اعراض التقيح اللثوي هو استدارة اللثة بين الاسنان · كذلك يجب ان تكون اللثة ملاصقة للسن ملاصقة شديدة حتى لا يستطاع ادخال المسبر بينهما الا بجهد · فاذا كانت اللثة لينة وحفافها رخواً كان ذلك دليلاً على المرض · وما من عرض يختلف باختلاف تفاعل المريض الحيوي كشكل الحفاف اللثوي فالمهيج الذي يسبب تراجع اللثة في المريض الواحد قد تنشأ منه ضخامة اللثة في المريض الاخر و يكثر هذا المرض في اقوياء البنية و ينشأ من عوامل مهيجة كالقلح تحت اللثة وحفاف الحفر والميناء الخشن وحافات الحشوات الخشنة · على انه قد تكون ضخامة الحفاف اللثوي دليلاً على داء الحفر المتقدم او على التسمم الزئبقي ·

الشق اللثوي : اذا كانت اللثة صحيحة كان حفافها مرتفعاً او منخفضاً تبعاً لخط ارتباطها بالعظم السنخي فاذا كان الشق اللثوي اعمق من المعتاد كان ذلك دليلاً على تغير مرضي مخرب · على ان قعر الشق اللثوي يتغير بتقدم العمر فاول ما تنبت السن يكون القعر على موازاة الميناء وكلما تقدم الانسان في العمر تأخذ اللثة بالتراجع الى ان تبلغ الملاط فاذا تجاوزت هذا الحد في التراجع وجب اعتبار ذلك حالة مرضية ·

و يسرع تراجع اللثة حيث تكون طبقة العظم التي تفصلها عن جذور

الاسنان رقيقة ففي حالات كثيرة لا يكون العظم كافياً لتغطية سطوح الجذور جميعها بل قد تكون هنالك جذور ناتئة غير مغطى سطحهـا الشفهي بالعظم حتى منتصف المسافة بين العنق والقمة فالنسج الرخوة التي تغطي جذراً كهذا تكون سريعة التأثر بالمهيجات الخارجية كالعسيل والجراثيم فتتراجع عن الجذر الى مدى بعيد دون ان يعدّ ذلك التراجع خطراً · اذ انه لم يفقد في هـذه الحالة ارتباط عظمي وجل ما هنالك ان الجذر اصبح اكثر عرضة للتسوس والسمل ·

فقدان اللثة بين الاسنان :— ان فقدان اللثة بين الاسنان دليل اكيـد على حالة مرضية فان اول اعراض مرض فنسن الحاد مظهر اللثة بين الاسنان وقد بترت رؤوسها · اما في مرض فنسن المزمن فان فقدان اللثة يقع تدريجياً وينتهي بترك ثقوب عميقة بين الاسنان ·

فقدان المظهر المنقط : ويلي اللون والشكل في الدلالة على بدء التقيح اللثوي لمعان او بريق اللثة الحفافية اي فقدانها للمظهر المنقط الناتج من مخارج الغدد المخاطية حتى انه اذا لم يكن تغيير في لون اللثة وشكلها يعد هذا المظهر دليلاً اكيداً على تشوش الدورة الدموية باحد العوامـل المهيجة · فاذا لم يكن سبب مباشر كالجراثيم او القلح تحت اللثة وجب التفتيش عن سبب ابعـد كتهيج النسج المحيطة بالسن من جراء الصدمات التي تتلقاها اثناء المضغ ولا يمكن اعتبار اللثة صحيحة ما لم يعد اليها ذلك المظهر المنقط ·

الافراز : ان الافراز الذي يحصل في الشق اللثوي بسبب الالتهاب يوءدي الى رسوب القلح المصلي على عنق السن لذلك كان وجود هذه الرواسب تحت الحفاف اللثوي دليلاً اكيداً على التهاب هـذه المنطقة وكلما امتدت منطقـة

الالتهاب ارتخت الالياف التي تربط اللثة بالملاط بحيث لا تعود اللثة ملاصقة لسطح السن بل يمكن ادخال المسبر بين الاثنين بدون ادنى مقاومة ٠

اما الافراز الذي يخرج من اللثة حين ضغطها فدليل على تقدم الالتهاب في هذا النسيج على ان هنالك اشخاصاً يخرج الافراز من لثتهم بالضغط وتكون لثتهم مع ذلك صحيحة من جميع الوجوه الاخرى ٠ اما سبب هذه الحالة فغير معروف ٠ وكما ان الافراز (سواء أكان قيحاً او سائلاً مائياً) قد يكون حيث لا حالة التهابية مرضية فان هناك ايضاً حالات يكون المرض فيها متقدماً تقدماً محسوساً ولا يكون هنالك اثر للافراز ويكثر القيح عادة في الاقوياء الذين يعيشون في الهواء الطلق اما ضعفاء البنية فقلما تتقيح لثتهم ٠

يستنتج مما تقدم ان الاصح اعتبار القيح دليلاً على تفاعل المريض اكثر مما هو على درجة التعفن الحاصل في النسج ٠ فكثيرون من المرضى لا يرى في لثتهم اثر للقيح ويكون فيها مع ذلك جيوب عميقة واعراض اخرى تدل على وجود المرض ٠ ففي هذا النوع من (التقيح اللثوي) الناتج من تعفن اللثة مع ضعف مقاومة المريض قلما يشعر هذا الاخير بالتشوش الحاصل في فمه وهو اذا استعمل العسيل او الفرشاة نزفت اللثة بسبب انضغاط الاوعية الشعرية الموجودة في الشق اللثوي ويكون هذا النزف اول الاعراض الدالة على التهاب اللثة على انه اذا دلكت اللثة بضعة ايام انقطع النزف على الرغم من بقاء الجيوب العميقة واستمرار الحالة الالتهابية فلا يجوز اذن عدّ انقطاع نزف اللثة دليلاً على خلوها من المرض ٠

تاريه (Terrier)

١٨٣٧ — ١٩٠٨

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يستفيد الولد غالباً من ارث ابيه دون ان يقدر التعب الذي تجشمه والده حق قدره في جمع تلك الثروة · وكثيراً ما يتساءل طلبة الطب عن المنشإ الذي نشأت منه الطريقة الجراحية الحديثة التي يلمسون بايديهم اتقانها وفوائدها قد قلب باستور بكشوفه العجيبة الطب والجراحة رأساً على عقب واما تاريه فهو المنفذ الاكبر الذي طبق في الجراحة مبادىء باستور · فقد كان في بدء عمله متبعاً خطة ليستر ولم يلبث ان تحقق بان مضادة الفساد لا تقف سداً كافياً ازاء التعفن لا بل بانها مضرة بالنسج ولا سيما بالخلب ·

فمذ كان جراح مستشفى سلبتريار سنة ١٨٧٨ وثق تمام الثقة ان الامتناع عن نقل الجراثيم الى الجرح خير من قتلها فيه واستأصل عدة مبيضات بآلات ولوازم جراحية نظيفة استحضرها في بيته · فلم ترضه النتائج التي جناها فذهب سنة ١٨٨٢ الى مخبر باستور مشتغلاً فيه فعهد به باستور الى رو الذي علمه طريقة التعقيم والاحتياطات التي لا بد من مراعاتها اجتناباً للتلوث وطرز استعمال الصاد الموصد (autoclave) والتنانير وطرق الاستنبات ونمو المزارع ·

و بعد ان وقف على جميع هذه المعلومات القيمة كان همه نقل هذه المعدات الى قاعة العمليات وغرف المرضى والجري بموجبها

ولم يعد يفكر منذ ذلك الحين بقتل الجراثيم في الجروح الجراحية بمضادات الفساد المضرة بل كان يمنع هذه الجراثيم عن تلويث تلك الجروح فأعد المعدات اللازمة وجهز مستشفى بيشه (Bichat) بقاعة عمليات موافقة فكان يعقم ببخار الماء المضغوط الماء والالات الجراحية ولوازم التضميد وقمصان الجراحين ومعاونيهم و يعتني اعتناء دقيقاً بتنظيف الايدي . فأوجد في السنوات التي صرفها في مستشفى بيشه الطريقة الطاهرة وعلمها الجراحين الاخرين وعممها ودافع عنها دفاعاً مجيداً . واقبل الى مستشفى بيشه في سياق السنوات ١٨٨٢—١٩٠٠ جميع الذين كانت تتوق نفوسهم الى تعلم طريقة الطهارة واصبح تار يه منذ ذلك الحين مهذب المئات والالوف من الجراحين الذين كانوا يأتونه من انحاء العالم ليقفوا على طريقته الجراحية الحديثة فهو اذن بحق معلم الطهارة الجراحية

فهذا الجراح الماهر الذي قلما يجاريه في لباقته الجراحية انسان واطباؤه الداخليون المتقدون حمية ومحبة للعمل ومعاونوه نظير كانو وهرتمان وغوسه الذين لازموه منذ ١٩٠٢ — ١٩٠٧ أوجدوا اولاً في مستشفى بيشه ثم في مستشفى الشفقة (Pitié) الطريقة الجراحية الملقبة بالطريقة الفرنسية التي تقوم باتباع قواعد الطهارة التامة في الجراحة و بتقليل المعاونين ما امكن وانقاص الاشارات والحركات جهد المستطاع الا ما كان مفيداً منها والعمل بالآلات والاقلاع عن استخدام اليدين مباشرة والسرعة في العمليات الجراحية

فنحن مدينون بهذه الطريقة الطاهرة البسيطة الامينة السهلة المنال لتار يه

الذي اوجدها ونقلها الى تلامذته وهم نقلوها بدورهم الى سواهم حتى عمت وانتشرت في اقطار البسيطة . فيحق لنا والحالة هذه ان ندعو تاريه اب الجراحة الحديثة

لم يكن يجروء احد قبل تاريه على مسك مبضع واجراء العمليات الجراحية التي كانت تجر على الجراحين كبير المسوءوليات الا متى شاخ في الجراحة واكتسب من الشهرة والالقاب ما يخفف عنه تلك الويلات . وكان المبضوعون يموتون غير ان شهرة الجراحين كانت تدرأ عنهم سبب الموت وتنسبه الى المرض الخطر

ولم يلبث تلامذة تاريه بفضل الطهارة والطريقة الجراحية التي وضع اسسها ان اتقنوا الجراحة نظيره فكان ذلك الاصلاح والتجدد في الجراحة واصبح كل شخص معلمٍ واقف على الطريقة الجراحية ذي ضمير حي قادراً على اجراء العمليات الكبيرة .

قلما يفكر الاطباء الجدد في ما هم مدينون به للقدماء الذين وضعوا لهم تلك الأسس . وكثيرون منهم يقرأون اسم تاريه دون ان يعلموا الخدمة الكبرى التي اداها هذا النابغة للجراحة . اما الذين يقرأون هذه الاسطر القليلة فانهم يجيبون بلا تردد ان تاريه كان اكبر جراحي عصره وانه جراح بارز شرّف معهد الطب الباريسي وفرنسة جميعها وانه المعلم الذي انشأ اسس الجراحة الكبرى

صناعة حمض الليمون

« ٦ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

العملية الخامسة ٠— تبلير حمض الليمون وشحنه : عندما يتم قصر محلول الخثر وتصفيته وترشيحه يدفع الى مبخرة صغيرة ويكثف حتى ٣٥ — ٣٦ بومه وهو جار ثم يصب في مبلورات مخروطية من الخزف الرملي (Grès) مطلية بطبقة من الورنيش لتكون كتيمة (imperméable) حيث يتبلور حمض الليمون فيها ٠

وتختلف سعة هذه المبارات من ٨ — ١٠ ألتار وترصف على رفوف خزانات كبيرة مغلقة ٠ ونترك فيها لتبرد ، مدة ٤ ٥ ايام بحسب الموسم ٠ ثم توءخذ الواحدة تلو الاخرى ويفرغ محتواها على منخل من النحاس الاحمر موضوع على صندوق آخر ٠ فتسيل فيه المياه الاصلية وتبقى بلورات حمض الليمون على المنخل فتجمع وتوضع في الآلة الفاصلة لينضب ماوءها ثم تغسل فيها وتجفف ٠ وتوءخذ المياه الاصلية الى الاناء المعد لتذويب الخثر ليستعمل في عملية ثانية فثالثة ٠٠٠ الخ ٠

ففي كل مبلرة ينتج ٤ كيلوغرامات من بلورات حمض الليمون ٠

اما بلورات حمض الليمون فيجب ان تكون صغيرة (قدر حمصة كبيرة)

وبحجوم متساوية ما امكن ونقية تماماً وخالصة من الشوائب سيما من المعادن ٠

وبما ان بلورات حمض الليمون المتكونة في المبلرات تكون متلاصقة يفصل اولاً بعضها عن بعض، بقضيب من خشب ثم تغربل٠ ولكمية البلورات المتغربلة شأن وقد تكون بمقدار ٢٥ — ٣٠ ٠/٠ من مجموع كتلة البلورات ممـا يستدعي صهرها من جديد وتبليرها مرة ثانية للحصول على بلورات بحجم الحمصة الكبيرة

ولا يكون التبلير جيداً الا اذا لم تتجاوز كثافة السائل المعـد للتبلير وهو حار ٣٦ بومه ٠ واذا جاوز التكثيف هذا الحد لم يحصل سوى قشرة سميكة ليس لها شكل بلوري خاص ٠ ولقد تأيد بالتجربة ان التبريد البطيء جداً ينتج نتاجاً سيئاً ٠ فيجب والحالة هذه ألا تزيد عن ٤— ٥ ايام مدة تبريد المياه الاصلية لتغدو بحرارة ١٦ — ١٨ درجة مئوية ٠ ولاجل ذلك تنظم حرارة الغرفة التي يجري فيها التبلير وتجعل ثابتة بتدفئتها في الشتاء وتهويتها في الصيف واذا لم يكن للغرفة طوابق يستحسن ان توضع الواح خشبية تحت روافد السقيفة ٠

اما حمض الليمون الجيد فيملأ في صناديق بسعة ٢٥ — ١٠٠ كيلوغرام تفرش داخلاً بورق ازرق يُكسب البلورات منظراً جميلاً ٠

العملية السادسة ٠ — معالجة المياه الاصلية وسوائل الآلة الفاصلة :

١ - المياه الاصلية والمياه المفصولة عن البلورات البيضاء : هذه المياه تكون بثقل ٣٠ ٣٥ بومه وتحوي ٦٠٠ — ٦٥٠ غراماً من حمض الليمون بالليتر ٠ فتجمع في صهريج مركزي ويضاف اليها غسالات المبلرات وتعالج وتصفى في الأواني الخاصة لتذويب الحثر الاولى وبعد تكثيفها يتبلور منها مقدار آخر من حمض الليمون ٠ فالمياه الاصلية والغسالات الناتجة من هـذه العملية تؤخذ

الى الأواني الخاصة بمعالجة الخثر الثانية وبعد معالجتها اوتكثيفها تحصل خثر اولى ٠

٢ - المياه الاصلية والمياه المفصولة عن الخثر الاولى : هذه المياه تحتوي على ٥٠٠ غرام تقريباً من حمض الليمون وتكون مشوبة بحمض الكبريت وكبريتاة الكلسيوم ٠ فتؤخذ الى الأواني المعدة لتذويب المحاصيل الثانوية (secondaires) حيث تمزج بغسالات البلورات البيض ويزال لونها بالفحم الحيواني وتصفى وتكثف فتستحصل الخثر الثانية ٠ فاذا كانت هذه الخثر صافية تماماً اضيفت الى الخثر الاولى وعرضت للتبلور ٠ والا فتعاد اذابتها مرة اخرى لتكوين خثر اولى ٠

ففي اثناء التذويب تمدد هذه المياه بماء حار حتى تصبح بكثافة ٢٨ — ٣ بومه ويضاف اليها فحم حيواني وبروسياة البوتاسيوم وتسخن وتحرك ثم ترشح والرشاحة تكثف في المخثرة ٠

٣ المياه الاصلية والمياه المنفصلة عن الخثر الثانية : هذه المياه بعد ان تضاف اليها غسالات الخثر الاولى تعالج كالمياه الاولى ٠ والخثر الناتجة وتدعى الثالثة (troisième) تذاب بضع مرات وتمزج بالخثر الاولى ٠

٤ — المياه الاصلية والمياه المنفصلة عن الخثر الثالثة : هذه المياه بعد ان تضاف اليها غسالات الآلة الفاصلة تعالج كما في السابق اي تمدد ويزال لونها بالفحم الحيواني وترشح وتكثف فتنتج الخثر الثالثة ٠

والرشاحات المأخوذة عن الآلة الفاصلة تحفظ ، ولما يجتمع منها كمية وافرة تصب في المبخرة دون ان تعالج بشيء اخر وتبخر فتستحصل الخثر الرابعة (quatrième)

٥ - المياه الاصلية ورشاحات الخثر الرابعة : توضع الخثر الرابعة في الالة

الفاصلة وتفصل دون ان تغسل · فالمياه الاصلية والرواشح المنصبة من الآلة (وتكون مشوبة بحمض الفصفور والألومين والحديد) · تصب في المشبعات وتمزج بعصارة الليمون وتشبع بفحماة الكلسيوم لاحالتها الى ليموناة الكلسيوم·

العملية السابعة · - معالجة الحثر:

(١) - الحثر الاولى ·- الحثر الاولى تنتج من بخر سوائل تحليل الليموناة وفي بعض الاحايين من سوائل الحثر الثانية اذا لم تكن بدرجة من الصفاء يمكن معها اضافتها الى الحثر الاولى ·

هذه الحثر تذاب من جديد ويزال لونها بالفحم الحيواني وتصفى ثم تعالج بغاز كبريت الهدروجين ثم تبلور لاستحصال الحمض التجاري

(٢) الحثر الثانية · - تنتج من رواشح وغسالات الحمض المبلور في الآلة الفاصلة والممزوجة بالمياه الاصلية والرواشح الناتجة من فصل الحثر الاولى وغالباً ما تكون نظيفة وصالحة للمزج بالحثر الاولى · اما اذا كانت ملونة كثيراً فتذاب وتكثف من جديد وتحوّل الى الحثر الاولى ·

وكثيراً ما تصنع حثر من الحثر الثالثة والرابعة باذابتها وتكثيفها يمكن ان تضاف الى الحثر الثانية ·

(٣) — الحثر الثالثة والرابعة · - الحثر الثالثة تنتج من المياه الاصلية والرواشح والغسالات المأخوذة من الحثر الثانية والمياه الاصلية والغسالات المنفصلة عن الحثر الثالثة لعملية سابقة ·

اما الحثر الرابعة فتنتج من الرواشح المنفصلة عن الحثر الثالثة ·

تذاب هاتان الحثارتان من جديد ويزال لونهما ثم يرشح السائل ويكثف

فتنتج حثر تقرب من الحثر الثانية · فان كانت بصفاء كاف اضيفت الى الحثر الاولى والا اذيبت مرة اخرى واستوءنفت عملية ازالة اللون والتكثيف ·

ملاحظة · — اذا استعملت العصارة الكثيفة كمادة ابتدائية فان الضياع (perte) من حمض الليمون في اثناء العمليات يبلغ ١٠ – ١٢ ٠/٠ من مجموع النتاج المشحون (emballé) · اما اذا استعملت ليموناة الكلسيوم فلا يتجاوز الضياع ٣ ٠/٠

تصفية السوائل من الحديد والرصاص · - فاما الحديد فيأتي الى السوائل من حمض الكبريت المستعمل في تحليل ليموناة الكلسيوم · واما الرصاص فمن تكثيف محاليل الحثر البيضاء في أوان مرصصة قبل عرضها الى التبلير ·

يرسّب الحديد بفروسيانور البوتاسيوم، والرصاص بغاز كبريت الهدروجين ويحسب مقدار كل منهما وفقاً للمعادلات الآتية :

$$4Cl_3Fe+3FeCy_6K_4,3H_2O = 12ClK+(FeCy_6)_3Fe_4,3H_2O$$

٦٤٨٩٨ ١٢٦٦ ٨٩٢٩٨ ٩١٤

ففي أربع ذرات من فوق كلور الحديد يوجد :

٢٢٤ = ٥٦ × ٤

غراما من الحديد · على هذا ان ٢٢٤ غراماً من الحديد تحتاج الى ١٢٦٦ غراماً من فروسيانور البوتاسيوم فلأجل كيلو غرام من الحديد يلزم :

$$\frac{١٢٦٦}{٢٢٤} = ٥،٦٥$$

ولما كان ملح فروسيانور البوتاسيوم التجاري يحوي من الشوائب د ٠/٠
كان المقدار المطلوب منه :

$$\frac{١٠٠ \times ٥،٦١}{٦٥} = ٥،٦٩ \text{ كيلو غراماً}$$

وفي العمليات التي يستعمل فيها فروسيانور البوتاسيوم لترسيب الحديد
يجب ألاّ تتجاوز حرارة السائل درجة + ٧٠° وإلا تحلل فروسيانور البوتاسيوم
وتكوّن حمض السيانيدريك

وتعلم الكمية اللازمة من فروسيانور البوتاسيوم لاجل عملية واحدة ،
بمعايرة بسيطة تجرى على شيء من السائل بمحلول فروسيانور البوتاسيوم ١٠/١
ولاجل ذلك يؤخذ ١٠٠ سم ٠ م من السائل المراد ترسيب الحديد منه
ويضاف اليه ١٠٠ سم ٠ م من الماء المقطر وبعد رجه يؤخذ من هذا المزيج
١٠٠ سم ٠ م (تعادل ٥٠ سم ٠ م من السائل الاول) ويسخن الى ٣٥ — ٤٠
درجة مئوية وبواسطة قطارة مدرجة يقطر عليه من محلول فروسيانور
البوتاسيوم ٠ ويعلم ختام العملية بترشيح السائل ومعالجة قطرة من الرشاحة
بقطرة من محلول فروسيانور البوتاسيوم فاذا لم يظهر لون ازرق ختمت التجربة
والا فيقطر عليه من جديد من محلول فروسيانور البوتاسيوم ويتحرى ختام
التفاعل كما سبق ٠ فاذا بلغ ماصرف في هذه التجربة من محلول فروسيانور
البوتاسيوم ٢٥ سم ٠ م كان ما يقتضي استعماله من فروسيانور البوتاسيوم ٠،٢٥
غراماً لاجل ٥٠ سم ٠ م أو ٥ كيلو غرامات منه لاجل الف لتر ٠

واما مقدار الرصاص فيحسب كما يلي :

$$SO_4Pb + SH_2 = SO_4H_2 + SPb$$

٣٠٢،٥ ٣٤ ٢٣٨،٥

ويجهز كبريت الهدروجين بتأثير حمض الكلور يدريك التجاري ممدداً قدر حجمه بالماء ، في كبريت الحديد :

$$2ClH + FeS = SH_2 + Cl_2Fe$$

٧٣ ٨٨ ٣٤ ١٢٧

ففي ٣٠٢،٥ من كبريتات الرصاص يوجد ٢٠٦،٥ غراماً من الرصاص ولترسيب كيلو غرام واحد منه يحتاج الى $\frac{٣٤}{٢٠٦،٥} = ٠،١٦٤٦٥$ كيلو غراماً من كبريت الهدروجين نظرياً .

ولتعويض ما يهرب منه دون ان يؤثر في السائل يجعل مقداره ثلاثة اضعاف المقدار النظري .

تصفية الفحم الحيواني من الشوائب . — الفحم الحيواني المستعمل لقصر السوائل في صناعة حمض الليمون يستحصل من تفحيم العظام ممنوعة عن الهواء وآلية ازالة اللون هي انه يستوقف المواد الملونة على سطحه دون ان يطرأ عليه ادنى تحلل . ويكون القصر اتم كلما كثرت مسام الفحم لذلك يرجح الصفيحي (lamelleux) منه على الحبيبي (globuleux) ويكون القصر اجود اذا كان السائل حاراً وبتفاعل حامض .

الفحم الخام التجاري يحتوي على :

فحم	١٥
فصفاة مثالثة الكالسيوم	٧٠
فحماة الكلسيوم	٨
حديد	٠٫٠٥
ماء ومواد اخرى	٦٫٥٠
	١٠٠

واذ كانت الملاح الكلسية تجعله غير صالح للاستعمال في قصر السوائل الحامضة يجرد عنها بمعالجته ، بالحرارة، بحمض الكلوهيدر يك الممدد . ولذلك يوءخذ اناء واسع بحجم ٤٠ هكتولتراً ذو انبوب ماخض بالبخار ، و يوضع فيه ٦٠٠ لتر من الماء و ١١٠٠ كيلو غرام من حمض الكلور يدر يك التجاري (عياره ٢٠ — ٢١ بومه) ويسخن المزيج حتى الغليان . ثم يلقى فيه قليلاً قليلاً ٧٠٠ كيلو غرام من الفحم الحيواني الخام مسحوقاً مع الانتباه لخلطه بشدة طيلة الالقاء ويترك ٢٤ ساعة مع تحريكه من حين لآخر ثم يضاف من الماء حتى يمتلىء الاناء ويخضخض بشدة ويترك لنفسه اثنتي عشرة ساعة يرسب الفحم كله خلالها . تبان طبقة السائل بمماص(siphon) ويوضع قدرها ماء ويخض الاناء من جديد و يترك لنفسه وثبان طبقة السائل وهكذا دواليك حتى تصبح كثافة الغسالة ١° بومه (بعد ست مرات) . يوضع السائل عندئذ في المرشحة العاصرة ويستأنف الغسل حتى تصبح الرواشح بتفاعل معتدل .

فالفحم الحيواني المصفي المأخوذ عن المرشحة العاصرة بعد هذه العملية يحتوي على

٢٠	بالمائة	من الفحم
٧٥	«	من الماء
٥	«	من المواد غير الذائبة

ويمكن استعماله في القصر مباشرة ·

اما الغسالات التي تبلغ كثافتها اكثر من ٣ بومه فانها تعالج بلبن الكلس حتى الاشباع لتحويل حمض الفصفور الى فصفة الكلسيوم (ينتج منهـا ٥٠٠ كيلو غرام من الفصفاة التي تحتوي على ٣٥ بالمئـة من حمض الفصفور وتباع سماداً لدور الزراعة)

ان عملية التصفية هذه تدوم خمسة ايام وينتج منها ٤٠٠ — ٥٠٠ كيلوغرام من الفحم الحيواني بحالة عجين ·

اما كمية حمض الكلور يدريك المستعمل لتصفية الفحم فيجب ان تحسب بدقة تامة ذلك لانه اذا كان بمقدار غير كافٍ بقي هنـاك شيء من المـلاح الكلسية ممزوجاً بالفحم مما يكون سبباً في تلويث العمليات التالية بكثير من الشوائب، واذا كان اكثر مما يقتضي احتاجت التصفية الى نفقة اكثر دون جدوى

وتحسب كميته بسلسلة تجارب تجرى على مقدار معلوم من الفحم الخام معالجاً بحمض الكلور يدريك على نسب متزايدة · فاذا كان مقـدار الفحم المستحصل في تجربتين متعاقبتين هو هو ختمت العملية لبلوغ الفحص الحد الاعظم ·

واذا نظرت الى الجدول الآتي :

فحم خام مسخوق	١٠٠ غرام	١٠٠ غرام	١٠٠ غرام	١٠ ٠ غرام
حمض الكلوز يدريك (٢٢ بومه)	٧٠ سم٠م	١٠٠ سم٠م	١٢٥ سم٠م	١٥٠ سم٠م
فحم صاف ناتج	٣٩٫٧ غرام	٢٤٦٥ غرام	٢٠٦٩ غرام	٢٠٦٩ غرام

ترى ان مقدار الفحم الصافي الناتج بمعالجة ١٠٠ غرام من الفحم المسحوق بـ ١٢٥ سم ٠ م من حمض الكلور يدريك بثقل ٢٢ بومه او ما يعادل ١٫١٨ يساوي ما ينتج بمعالجة ١٥٠ و ٣٠٠ سم ٠ م لذلك تنتخب هذه النسبة التي تعادل

$$١٢٥ \times ١٫١٨ = ١٤٧$$

غراماً من حمض الكلوريدريك لاجل ١٠٠ غرام من الفحم واذا كان حمض الكلوريدريك بثقل ٢٢ بومه يحتوي على ٣٥ – ٣٩ ٪ من (ClH) وكان الحمض التجاري بثقل ٢٠ - ٢١ بومـه لا يحتوي اكثر من ٣٣ ٪ وجب استعمال مقدار :

$$\frac{١٤٧ \times ٣٥٫٣}{٣٣} = ١٥٧$$

كيلوغراماً من حمض الكلوريدريك التجاري بثقل ٢٠ - ٢١ بومـه لأجل ١٠٠ كيلوغرام من الفحم المسحوق ٠ بل تجعل الكمية ١٦٠ كيلو غراما لتكون هناك زيادة يسيرة منـه ضرورية جداً لتحليـل الملاح الكلسية تماماً ولفصل الحديد (الناتج من تكليس العظام في معوجات من الحديد الصب ومن شوائب الحمض التجاري ذاته) ٠ فاذا لم يكن الحمض بمقدار كاف اتحد حمض الفصفور المنفصل بالحديد وكوّن فصفاة الحديد غير الذوابة فامتزجت بالفحم واذا كان بمقدار كاف لم يحدث هذا التحلل لتكوّن كلور الحديـد الذواب

فيفصل بالابانة والغسل كما تقدم ·

فالفحم المغسول على الصورة المشروحة يتصف وهو بحالة عجين بخاصة القصر من الدرجة القصوى اذا كان رطباً كما يتضح ذلك مما يلي :

	قوة القصر
فحم خام مسحوق	٧
فحم مغسول ومجفف	٥
« « ورطب	١٠

تحليل الفحم الحيواني · — ينظر في هذا التحليل الى سبعة اشياء هي :

١ القوة القصرية

٢ الرطوبة

٣ الفحم

٤ الرماد

٥ فصفاة مثلثة الكلسيوم

٦ — فحماة الكلسيوم

٧ - الحديد

اولاً — القوة القصرية ·· تقدر القوة القصرية باستعمال سلم عيارية مؤلفة من احد عشر انبوباً متساويات الاقطار فيها من محلول الكاراميل (caramel) (المهيأ باذابة ٨ غرامات منه في م·ك من الماء المقطر لاجل الليتر) بالنسب الآتية :

محلول الكاراميل مقدراً (بسم·م)	١٠	٩	٨	٧	٦	٥	٤	٣	٢	١	··
ماء مقطر مقدراً (بسم م) ··	··	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
درجة التلون	··	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

يوءخذ ١ غرام من الفحم الحيواني المطلوب فحصه ويضاف اليـه ١٠٠ سم ٠ م من محلول الكاراميـل الآنف الذكر ويغلى عشر دقائق ثم يرشح في انبوب يساوي الانابيب العيارية قطراً ويتحرى الانبوب العياري الذي يتماثل لونه بلونه ٠

ثانياً — الرطوبة ٠ ٥٠ غراماً من الفحم تسحق ناعماً جداً ثم توضع في دورق موزون ذي سدادة زجاجية محكمة وتجفف على حرارة قدرهـا ١١٠ — ١٢٠ درجة مئوية حتى الوزن الثابث ٠ ويستنتج مقدار الرطوبة مما نقص من الوزن في اثناء التجفيف ٠

ثالثاً ورابعاً — الفحم والرماد ٠ — يوءخذ من الفحم ٢ غرام على ورقـة ترشيح معلومة الوزن ويغسل الفحم بماء محمّض بحمض الكلور يدريك ثم بمـاء محمض بحمض الازوت لتذويب الشوائب (الا الرمل وبعض السليكاة) ثم يغسل بالماء الحار لدفع فضلة الحمض ويجفف على حرارة قدرها + ١١٠° ويوزن ٠ فالوزن يدل على مقدار الفحم والرمل ٠

توضع ورقة الترشيح وما فيها في بوتقـة بلاتينية وترمّد (incinération) بملامسة الهواء حتى يحترق الفحم تماماً ويستحيل الى رماد ابيض ناصع او ضارب الى الحمرة ٠ ثم توزن ٠ فالفضل بين وزن ورقة الترشيح ووزن الرماد هو مقدار الرمل ٠ والفضل بين الوزنين الاول والثاني هو مقدار الفحم الصافي فقط ٠

خامساً — فصفاة مثلثة الكلسيوم تقـدر فصفاة مكلسة الكلسيوم بتحويلهـا الى فصفو مولبـداة النشادر وهذه الى فصفاة المغنزيوم الناريـة (pyrophosphate de magnésium) ٠ ولاجل ذلك يهيأ المحلولان الاتيان :

١ – محلول مولبداة النشادر : يذاب على البرودة في الماء المقطر ١٥٠ غراماً من مولبداة النشادر ويكمل الحجم الى ٥٠٠ سم٠م بالماء المقطر ٠ ويهيأ من جهة اجرى ٥٠٠ سم٠م من محلول حمض الازوت في الماء ليكون بثقل ١٫٢ (اي ٢٥٠ سم٠م من الماء + ٢٥٠ سم٠ من حمض الازوت الصافي) ٠ ثم يصب محلول المولبداة على محلول الحمض (ولا يجوز العكس) ويترك المزيج ثلاثة ايام في مكان دافيء ثم يرشح وتحفظ الرشاحة في زجاجة سوداء ٠

٢ – محلول ملح المغنزيوم : ١١٠ غرامات من كلور المغنزيوم و١٤٠ غراماً من كلور النشادر تذاب في ٧٠٠ سم٠م من محلول النشادر ٨ ٪ ويضاف الى الجميع ١٣٠٠ سم٠م من الماء المقطر فيحصل من المزيج لتران ٠

اما المعايرة فتجرى كما يلي :

تؤخذ حوقلة مكيلة بسعة ٢٥٠ سم٠م ويوضع فيها ٥ غرامات من الفحم و٢٥ سم٠م من حمض الازوت النقي و٢ سم٠م من حمض الكبريت الكثيف ٠ يخض المزيج ثم يعرض على النار ويغلى بلطف نصف ساعة ٠ وبعد ان يبرد يكمل الحجم بالماء المقطر حتى اشارة العيار ويرشح السائل من ورقة ترشيح جافة ٠

يؤخذ من الرشاحة ، بماص مكيل ، ٥ سم٠م ا تعادل غراماً واحداً النموذج) وتوضع في وعاء متحمل للحرارة (نحو زجاج بوهميا) ويضاف اليها ١٥ – ٢٠ سم٠م من محلول ازوتات النشادر ٥٠ ٪ و٧٠ – ٨٠ سم٠م من محلول مولبداة النشادر ٠

يسخن هذا المزيج ساعة واحدة على حمام مائي حرارته °٢٠ – °٨٠ ثم يترك

لنفسه هنيهة فترسب بلورات فصفو مولبداة النشادر الصفراء · وبعد ان يبرد السائل تماماً يرشح من ورقة ترشيح جافة و يغسل الراسب بمحلول حمض الازوت ١ ·/· المضاف اليه بضعة غرامات باللیتر من ازوتات النشادر ، حتى يتجرد الراسب من اثار الكلس تماماً اي حتى لا يبدو راسب ابيض بمعالجة شيء من الرشاحة بمحلول فحماة النشادر

فاذا كان الفاحص يكتفي بمعايرة قريبة من الصحة (وهي تكفي في دور الصناعة) عمد الى تجفيف الراسب في حرارة قدرها ١٠٠° درجة ثم وزنه · فاذا ضرب الوزن الناتج برقم ٠٣٧، · حصل على مقدار حمض الفصفور اللامائي (P_2O_5) أو برقم ٠٨٠٧، · حصل على مقدار فصفاة مثلثة الكلسيوم $2Ca_3$ (PO_4)

اما اذا اريدت معايرة دقيقة فنتبع الخطة الآتية :

يجعل القمع وما عليه من الراسب ، على الوعاء المتحمل للحرارة الذي تم فيه ترسيب فصفو مولبداة النشادر ويصب على الراسب قطرةً قطرة من محلول النشادر ٢،٥ ·/· الحار (حرارته ٣٠° – ٤٠°) حتى يذوب الراسب تماماً · وتغسل ورقة الترشيح بماء غال · ولما يبرد المحلول يضاف اليه ٥٠ — ١٠٠ سم·م (بحسب قلة P_2O_5 او كثرته في النموذج) من محلول ملح المغنزيوم ويحرك بضع دقائق بقضيب زجاجي دون ان تمس جدران الوعاء ثم يترك لنفسه اثنتي عشرة ساعة يتم خلالها ترسب بلورات فصفاة النشادر والمغنزيوم البيض فيجمع على ورقة ترشيح معلومة الوزن و يغسل بمحلول النشادر ٢،٥ ·/· حتي لايبدو راسب بمعالجة شيء من الغسالة بقليل من ازوتات الفضة (دليل زوال الكلورور جميعه) ·

تجفف ورقة الترشيح وما فيها من الراسب ، في التنور ثم توضع في جفنة بلاتينية وتكلس (calcination) حتى يبيض الرماد تماماً . توضع الجفنة بعد ذلك في مجفف وتوزن بعد ان تبرد . فاذا ضرب وزن فصفاة المغنزيوم النارية الناتجة برقم ٠،٦٤ حصل مقدار حمض الفصفور اللامائي p2O5 او برقم ١،٩٤ نتج مقدار فصفاة مثلثة الكلسيوم 2Ca3 (pO4)

سادساً — فحماة الكلسيوم : توضع ١٠ غرامات من الفحم الحيواني في قارورة جهاز جيسلير (Geissler) وفي مخبار الحمض من الجهاز ذاته يوضع ٥٠ سم . م من حمض الازوت الممدد . ويوزن الجهاز كله . ثم يفتح اللولب فينصب الحمض شيئاً فشيئاً على الفحم ولما ينقطع الفوران يسخن الجهاز بلطف ليتم انطلاق غاز حمض الفحم اللامائي . ثم يوزن مرة اخرى . ففضل الوزنين الاول والثاني هو مقدار حمض الفحم المنطلق . فاذا ضرب مقدار حمض الفحم هذا برقم ٢،٢٧ نتج مقدار فصفاة الكلسيوم .

سابعاً — الحديد . - (١) في الفحم الخام : تؤخذ الرشاحة والغسالات الناتجة من ترشيح راسب فصفو مولبداة النشادر (تعادل ١ غرام من الفحم) وتعالج حتى الاشباع بروح النشادر فيرسب الحديد بحالة ماآت الحديد يسخن على حمام مائي ساعة واحدة يتم خلالها الترسب .

يؤخذ الراسب على ورقة ترشيح معلومة الوزن و يغسل بالماء النشادري . ثم تكلس الورقة وما فيها حتى الوزن الثابت وتوزن . فالوزن هو مقدار الحديد بحالة اكسيد ونصف الحديد Fe2O3 (sesquioxyde de fer) .

(٢) في الفحم المغسول : يرمد ٢ غرام من الفحم المراد فحصه . يوضع

هذا الرماد الضارب الى الحمرة في جفنة صينية مع ٣ ٥ سم٠ م من حمض الكلور يدريك الصافي و٣ - ٥ سم٠ م من الماء المقطر و يبخر حتى الجفاف فاذا ابيض فذاك والا فيضاف من الحمض والماء و يبخر مرة اخرى ٠

يضاف عندئذٍ ٣ سم٠ م من حمض الكبريت النقي الخالي من الحديد وتوضع الجفنة على حمام مائي غال حتى لا يبقى اثر لحمض الكلور يدريك ٠ يصب ما فيها في دورق أرلمنير مع ١٠٠ سم٠ م من الماء المقطر و كمية مناسبة من حبات التوتياء النقية و يغمس الاناء في حمام مائي حار حتى يتم ارجاع الحديد الى الحد الاصغر اي حتى لا يشاهد لون احمر وردي بوضع قطرة واحدة من السائل على صفيحة صينية بيضاء مع قطرة من محلول سلفو سيانات البوتاسيوم ٠

ثم يعاير هذا المحلول وهو بحرارة ٦٠° بمحلول الحرباء المعاير (اي فوق منغنات البوتاسيوم) حتى يبدو لون وردي يزول بعد هنيهة وتحسب كمية الحديد مما صرف من الحرباء ٠

فهرس المواد العام

للمجلد السابع من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم

«أ»

«خ»

الصحيفة

الصحيفة

فهرس الاعلام

من اساتذة المعهد والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

